

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Krankenhauskostenversicherung mit Selbstbehalt Tarifgruppe S

Soweit diese Ergänzenden Versicherungsbedingungen keine Sonderregelung enthalten, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVBK 1998) und die gesetzlichen Vorschriften.

§ 1 Leistungsvoraussetzung

Alle Leistungen, mit Ausnahme des Entbindungsgeldes und des Kurzuschusses, setzen einen medizinisch notwendigen, stationären Krankenhausaufenthalt gemäß § 5 Pkt. 8 der AVBK 1998 voraus.

§ 2 Leistungsdauer

Alle Leistungen werden ohne zeitliche Begrenzung und ohne Jahreshöchstgrenze erbracht (ausgenommen gemäß § 5 Pkt. 10 der AVBK und Kurzuschuss gemäß § 9).

§ 3 Leistung im operativen Fall und bei radikaler Strahlentherapie

1. Zu den Tageskosten im operativen Fall gehören nur die Hauskosten (Pflege-, Anstaltsgebühren und dgl.).
2. Zu den Operationskosten zählen insbesondere das Honorar des Operateurs, des Anästhesisten, der bei der Operation assistierenden Ärzte und die Kosten des Pflegepersonals für die Operation; weiters die während des stationären Aufenthaltes anfallenden, mit der Operation zusammenhängenden gesondert in Rechnung gestellten Sachkosten und die Vor- und Nachbehandlung (z.B. Konsilien, Röntgen, Physiotherapie).

Bei gleichzeitiger Ausführung mehrerer Operationen wird die am höchsten einzustufende tariflich voll, jede weitere in verschiedenen Operationsfeldern mit höchstens 50%, im gleichen Operationsfeld mit höchstens 25% des tariflichen Ausmaßes vergütet, maximal aber bis zu 200% der am höchsten einzustufenden Gruppe.

Für Operationen, die grundsätzlich einen stationären Aufenthalt erfordern, jedoch ambulant in einem Krankenhaus, einer Tagesklinik oder in der Ordination eines Arztes durchgeführt werden, gelten vorstehende Bestimmungen über Operationskosten und Mehrfachoperationen. Kostenersatz wird geleistet bis zu 75% des Operationskostenersatzes im stationären Fall.

3. Eine radikale Strahlentherapie von nicht operierten bzw. nicht operablen Tumoren ist wie ein operativer Fall abzurechnen. Pro Versicherungsfall werden bis zu 75% der entsprechenden Operationsgruppe vergütet, unabhängig von der Anzahl der Teilbehandlungen. Die Operationsgruppe richtet sich nach Sitz und Art des Tumors.

Als Kosten der Strahlentherapie gelten das Honorar des behandelnden Arztes und der Assistenz, die Kosten für Benützung von Geräten, für strahlendes Material und sonstigen Sachaufwand sowie alle Nebenkosten.

Eine postoperative Strahlenbehandlung wird, wenn ein stationärer Aufenthalt medizinisch notwendig ist, wie ein nicht operativer Fall gemäß § 4 vergütet.

4. Die Einstufung von Operationen erfolgt gemäß dem zuletzt mit der Wiener Ärztekammer vereinbarten Operationsgruppenschema.

§ 4 Leistung im nicht operativen Fall

Die Leistung von Tageskosten im nicht operativen Fall umfasst die zu bezahlenden Hauskosten, Arztleistungen, Arzneimittel (Heilmittel) und physikalische Behandlung.

§ 5 Leistung bei Entbindung

1. Entbindungen, Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft sowie Fehlgeburten sind den Krankheiten gleichgestellt.
2. Für Entbindungen stehen die Tageskosten im nicht operativen Fall sowie das Fallpauschale zur Verfügung.

Sind bei Entbindungen Eingriffe ab Operationsgruppe 4 notwendig, stehen die Tageskosten im operativen Fall, die Operationskosten sowie das Fallpauschale gemäß § 7 zur Verfügung.

3. Bei Entbindungen in der Allgemeinen Gebührenklasse eines Krankenhauses, wenn keinerlei Kosten entstehen bzw. in ambulanten geburtshilflichen Einrichtungen oder bei Entbindungen daheim wird das Entbindungsgeld geleistet.

Entbindungsgeld und eventuelle andere tarifliche Leistungen werden gleichzeitig für denselben Fall nicht erbracht.

§ 6 Heilmittel

Die Kosten der im Rahmen einer stationären Heilbehandlung verordneten, dem Arzneimittelgesetz entsprechenden und aus einer Apotheke bezogenen Arzneimittel (Heilmittel) werden ersetzt.

Nicht erstattet werden die Kosten für alle nicht in Österreich registrierten Arzneimittel (Heilmittel). Bei Heilmittelbezug im Rahmen einer stationären Heilbehandlung im Ausland gelten hinsichtlich der Registrierung die jeweiligen örtlichen Vorschriften.

Ebensowenig erstattet werden die Kosten für Heil- und Mineralwässer, Medizinalweine, Nähr- und Stärkungsmittel, geriatrische Mittel, Tonika und kosmetische Mittel.

§ 7 Fallpauschale

Übersteigen bei einem Krankenhausaufenthalt die tatsächlichen Tages- oder Operations- (Strahlentherapie)kosten die in der jeweiligen Tarifstufe dafür vorgesehenen Höchstbeträge, so werden die Mehrkosten durch das Fallpauschale, jedoch ebenfalls nur bis zu dem für diese Leistungsart ausgewiesenen Höchstbetrag, abgedeckt.

§ 8 Ersatztaggeld

Wenn bei einem stationären Krankenhausaufenthalt außer eventueller Begleitpersonalkosten gemäß § 11 kein Kostenersatz in Anspruch genommen wird, wird anstelle aller anderen Leistungen für jeden Aufenthaltstag das Ersatztaggeld bezahlt.

§ 9 Kurzuschuss

1. Kurzuschuss wird geleistet, wenn ein Sozialversicherungsträger den Versicherten in ein Kur- oder Erholungsheim oder Rehabilitationszentrum einweist bzw. einen Kurkostenzuschuss bewilligt. Als Kurkostenzuschuss des Sozialversicherungsträgers ist ein Zuschuss zu den Kosten eines Kur- oder Erholungsaufenthaltes außerhalb des Wohnsitzes anzusehen, nicht der Ersatz von Kurmittelkosten allein. Bei Nichtsozialversicherten entscheidet der Vertrauensarzt der Allianz Elementar nach Vorlage medizinischer Unterlagen über die Bewilligung eines Kurzuschusses.

Für einen Aufenthalt im Rehabilitationszentrum beträgt die maximale Leistungsdauer 60 Tage, in allen anderen Fällen 30 Tage.

- Die Auszahlung des Kurzuschusses erfolgt gegen Vorlage der Bewilligung des Sozialversicherungsträgers sowie einer von der Verwaltung des Kur- oder Erholungsheimes, des Rehabilitationszentrums oder einer vom Gemeindeamt des Aufenthaltsortes ausgestellten Aufenthaltsbestätigung.

§ 10

Transportkosten

Falls bei einer medizinisch notwendigen Überführung in eine Krankenanstalt zu stationärer Heilbehandlung und bei einem medizinisch notwendigen Heimtransport kein Anspruch gegenüber Dritten besteht, wird Kostenersatz im tariflichen Ausmaß geleistet.

§ 11

Begleitperson

Bei Krankenhausaufenthalt eines minderjährigen Kindes werden die Kosten eines Elternteiles als Begleitperson - falls eine entsprechende Regelung dieser Kosten durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag zwischen der Gesellschaft und dem Rechtsträger des Krankenhauses besteht - im vollen Ausmaß, ansonsten im Ausmaß der Tageskosten im nicht operativen Fall übernommen, wenn sowohl das Kind als auch der begleitende Elternteil nach Tarifgruppe S versichert sind und Versicherungsschutz für den Krankenhausaufenthalt des Kindes besteht.

§ 12

Selbstbehalt

- Bei Heilbehandlung wegen Krankheit und bei Entbindung wird pro versicherter Person und Kalenderjahr ein Selbstbehalt zur Anrechnung gebracht. Der Selbstbehalt gilt für jedes begonnene Kalenderjahr in voller Höhe. Erstreckt sich ein Aufenthalt über den Jahreswechsel, wird der Selbstbehalt nur einmal verrechnet und zwar für das Jahr der Krankenhausaufnahme. Bei unterschiedlich hohem Selbstbehalt während eines Kalenderjahres gilt der zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme gültige Selbstbehalt.
- Der Selbstbehalt wird nicht verrechnet bei:
 - Unfallheilbehandlungen
 - ambulant durchgeführten Operationen, die grundsätzlich einen stationären Aufenthalt gemäß § 3 Pkt. 2 erfordern
 - den Summenleistungen Ersatztagelohn, Entbindungsgeld und Kurzuschuss
 - Transportkosten
 - Begleitpersonskosten, wenn für den Aufenthalt des Kindes ausschließlich Ersatztagelohn geleistet wurde
- Wenn bei einem Krankenhausaufenthalt die Krankenhauskosten vom Versicherer zunächst in voller Höhe übernommen werden, ist der Selbstbehalt vom Versicherungsnehmer innerhalb einer Frist von vier Wochen, gerechnet ab Zugang der Zahlungsaufforderung, zur Gänze zu entrichten. Wird der vorgeschriebene Selbstbehalt innerhalb dieser Frist nicht bezahlt, ist der Versicherer berechtigt, eine im Versicherungsvertrag vereinbarte Kostengarantie (Kostendeckungszusage) unter Einhaltung einer Frist von mindestens drei Wochen zu widerrufen, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung des Selbstbehaltes ohne sein Verschulden verhindert war. Der Widerruf kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass er mit Fristablauf wirksam wird.

§ 13

Unfall

- Unfall ist ein vom Willen des Versicherten unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.

Als Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:

- Ertrinken;
 - Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom;
 - Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen;
 - Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf.
- Als Unfallheilbehandlung gilt nicht nur die unmittelbar auf den Unfall folgende Erstversorgung, sondern auch alle Folgebehandlungen innerhalb eines Zeitraumes von zwei Jahren ab dem Unfalldatum.

§ 14

Prämienbegünstigungen

- Bei Versicherung von Ehepaaren in der Tarifgruppe S mit einer Versicherungsurkunde gilt die ermäßigte Ehepaarprämie. Die ermäßigte Ehepaarprämie gilt nur so lange, als die gemeinsame Versicherung mit einer Versicherungsurkunde besteht. Bei Wegfall dieser Voraussetzung wird ab dem folgenden Monatsersten die dem Eintrittsalter entsprechende Prämie für Männer bzw. Frauen vorgeschrieben.
- Kinder können nur dann gegen Zahlung der Prämie der Altersgruppe 0 bis 18 Jahre versichert werden, wenn mindestens ein Elternteil in der Tarifgruppe S mit der gleichen Versicherungsurkunde versichert wird und alle im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder mitversichert werden.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, so werden für das 4. Kind und weitere Kinder keine Prämien berechnet.

Werden Kinder jedoch alleine versichert, sind für sie die Prämien der ersten Altersgruppe für Männer zu entrichten.

Für versicherte Kinder sind ab dem 1. Juli des Jahres, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, diejenigen Prämien laut Einzeltarif zu bezahlen, die für Männer bzw. Frauen zu entrichten sind.

§ 15

Wertanpassung

- Die Gesellschaft verpflichtet sich, ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeit und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes, den Versicherungsschutz in seinem Wert durch entsprechende Anpassungen zu erhalten.
- Für die Ermittlung der erforderlichen Anpassung vergleicht die Gesellschaft laufend die zu erwartenden mit den kalkulierten Leistungen. Ergibt dieser Vergleich, dass sich die zu erwartenden Krankenhauskosten im Ausmaß von mindestens einer Aufbaustufe ändern, so werden die Leistungen und Prämien und/oder der Selbstbehalt den geänderten Verhältnissen angepasst.

Insbesondere ist eine Anpassung durchzuführen, wenn sich die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag geregelten Krankenhauskosten (einschließlich Honorare) des Bundeslandes, für welches der Tarif abgeschlossen wurde, erhöhen und darüber mit der Gesellschaft das Einvernehmen hergestellt worden ist.

Kommt keine Vereinbarung zustande, wird die Anpassung gemäß den jeweiligen Veränderungen des vom Österreichischen Statistischen Zentralamt verlautbarten Index der Verbraucherpreise durchgeführt. Wird der Verbraucherpreisindex nicht mehr verlautbart oder dessen Basis grundlegend verändert, wird ein vergleichbarer Index herangezogen.

3. Die Anpassung erfolgt durch Veränderung um die entsprechende Zahl von Aufbaustufen und/oder durch Veränderung des Selbstbehalts.

Für die Bemessung einer eventuellen Mehrprämie ist das Alter im Zeitpunkt der Anpassung maßgeblich.

4. Die geänderten Leistungen, Prämien und Selbstbehalte werden zum 1. des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Die Wertanpassung begründet kein Kündigungsrecht.

5. Die Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung durch die Gesellschaft schriftlich widerspricht. Diese Mitteilung hat einen Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten.

Im Falle des Widerspruchs wird der Versicherungsvertrag mit einem Ersatztarif mit höchstens gleichbleibender Prämie ohne Selbstbehalt und ohne Anpassungszusage fortgesetzt.

6. Der Widerspruch kann jedoch vom Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung zurückgezogen werden. In diesem Fall tritt die Anpassung in der ursprünglichen Form und zum ursprünglichen Zeitpunkt in Kraft.