

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Krankenhauskostenversicherung nach Unfall mit Option, Tarif O

(für gesetzlich krankenversicherte Personen)

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

Option

§ 1

Gegenstand der Option

1. Durch Abschluss der Optionsversicherung Tarif O erwirbt die versicherte Person das Recht, zu einem späteren, selbst zu wählenden Zeitpunkt den vollen Versicherungsschutz einer Krankenhauskostenversicherung mit Selbstbehalt (Tarif S mit niedrigem Selbstbehalt, Versicherungsschutz für ASVG-Versicherte und vergleichbare, für Wien zugleich Österreich) zu aktivieren.

Die Aktivierung erfolgt ohne neuerliche Gesundheitsprüfung und ohne neuerliche Wartezeiten. Bei der Prämienbemessung wird das ursprüngliche Eintrittsalter berücksichtigt.

Ab dem Zeitpunkt der Aktivierung gelten die Ergänzenden Versicherungsbedingungen für die Krankenhauskostenversicherung mit Selbstbehalt Tarif S und das Leistungsverzeichnis für die Krankenhauskostenversicherung mit Selbstbehalt Tarif S.

2. Während der Optionsversicherung gilt der in den §§ 3 bis 15 beschriebene Versicherungsschutz (Krankenhauskostenversicherung nach Unfall). Die tariflichen Leistungen sind im Leistungsverzeichnis für den Tarif O zusammengefasst.
3. Der Abschluss der Optionsversicherung ist bis zum Eintrittsalter 40 Jahre möglich (Berechnung: Eintrittsjahr minus Geburtsjahr).
4. Die Aktivierung des vollen Versicherungsschutzes kann bis zum Alter von 45 Jahren (Berechnung: aktuelles Jahr minus Geburtsjahr) jährlich zur Hauptfälligkeit unter Einhaltung einer Frist von einem Monat durch schriftlichen Antrag des Versicherungsnehmers erfolgen.
5. Ist die Aktivierung zur Hauptfälligkeit des Jahres, in dem das Alter 45 erreicht wird, noch nicht erfolgt, wird automatisch auf den vollen Versicherungsschutz umgestellt (Tarif S mit niedrigem Selbstbehalt, Versicherungsschutz für GKK-Versicherte und vergleichbare, für Wien zugleich Österreich). Der Versicherungsnehmer kann die Umstellung mit einer Frist von einem Monat schriftlich ablehnen. Die Versicherung kann dann mit einer Krankenhauskostenversicherung nach Unfall Tarif U (ohne Option) fortgesetzt oder zum Umstellungszeitpunkt beendet werden.
6. Für einen Krankenhausaufenthalt wegen Krankheit, Schwangerschaft oder Entbindung, der vor der Aktivierung begonnen hat, besteht Anspruch auf Ersatztagelohn für die Aufenthaltstage nach der Aktivierung.
7. Nach der Aktivierung gilt eine Mindestvertragsdauer von 2 Jahren ab dem Umstellungszeitpunkt.

§ 2

Zu versichernder Personenkreis

1. Der Tarif O gilt für Personen, die der gesetzlichen Versicherungspflicht unterliegen oder im Sinne der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen als mitversicherte Personen gelten.
2. Erlischt während der Vertragsdauer das Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies der Allianz Elementar unverzüglich zu melden. Der Vertrag wird mit einem Tarif S für die allgemeine Gebührenklasse aktiviert oder auf Wunsch des Versicherungsnehmers beendet.

Unterlässt der Versicherungsnehmer die Meldung, erfolgt die Aktivierung zum nächsten Monatsersten nach der Kenntniserlangung durch den Versicherer.

Krankenhauskostenversicherung nach Unfall

§ 3

Versicherungsfall

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige, stationäre Heilbehandlung des Versicherten wegen Unfallfolgen.

§ 4

Leistungsvoraussetzungen

1. Alle Leistungen setzen einen medizinisch notwendigen, stationären Krankenhausaufenthalt zur Heilbehandlung von Unfallfolgen voraus.
2. Unter Versicherungsschutz stehen Unfälle, die nach Versicherungsbeginn eingetreten sind und deren Folgebehandlungen innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfallgeschehen. Der Versicherungsschutz endet - auch für eine noch nicht abgeschlossene Unfallheilbehandlung - mit der Beendigung des Versicherungsvertrages.
3. Unfall ist ein vom Willen des Versicherten unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung 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.

4. Nicht als Unfallfolgen gelten:

- Bauch- oder Unterleibsbrüche,
- Bandscheibenhernien,
- Meniskusschäden, wenn keine zusätzlichen unfallkausalen und operationsbedürftigen Knieverletzungen vorliegen,
- Fehl- und Frühgeburten,
- Infektionskrankheiten (ausgenommen Wundstarrkrampf und Tollwut),

die durch einen Unfall herbeigeführt oder verschlechtert worden sind.

Unfälle infolge einer Krankheit gelten im Sinne dieser Versicherungsbedingungen als Krankheiten und stehen nicht unter Versicherungsschutz.

5. Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle infolge

- der Benützung von Paragleitern, Hängegleitern, ähnlichen Luftfahrtgeräten und Fallschirmen;
- der Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben und zugehörigen Trainingsläufen;
- ionisierender Strahlung und Kernenergie;

- der berufsmäßigen Sportausübung;
- der Betätigung als Hochleistungssportler (regelmäßige Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben).

Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann in begründeten Fällen eine abweichende Vereinbarung getroffen werden. Diese wird in der Versicherungsurkunde dokumentiert.

§ 5 Leistungsdauer

Alle Leistungen werden ohne zeitliche Begrenzung und ohne Jahreshöchstgrenze erbracht. Davon ausgenommen sind Unfallfolgebehandlungen nach Ablauf von 2 Jahren ab dem Unfallgeschehen (vgl. § 4 Pkt. 2) und die Leistung für erweiterte Heilbehandlung (Rehabilitation) nach § 12).

§ 6 Leistung im operativen Fall

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 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 Operationskostensatzes im stationären Fall.

§ 7 Leistung im nicht operativen Fall

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

§ 8 Heilmittel

Die Kosten der im Rahmen einer stationären Unfallheilbehandlung 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.

§ 9 Fallpauschale

Übersteigen bei einer stationären Unfallheilbehandlung die tatsächlichen Tages- oder Operationskosten die dafür vorgesehenen Höchstbeträge, so werden die Mehrkosten durch das Fallpauschale, jedoch ebenfalls nur bis zu dem für diese Leistungsart ausgewiesenen Höchstbetrag, abgedeckt.

§ 10 Ersatztagegeld

Wenn bei einer stationären Unfallheilbehandlung Kostenersatz nicht in Anspruch genommen wird (ausgenommen § 13 Transportkosten, § 14 Bergungskosten, § 15 Begleitperson), wird anstelle aller anderen Leistungen für jeden Aufenthaltstag das Ersatztagegeld bezahlt.

Das Ersatztagegeld wird als alleinige Leistung auch dann ausbezahlt, wenn zum Zeitpunkt eines Krankenhausaufenthaltes kein Versicherungsverhältnis bei einem gesetzlichen Krankenversicherer besteht.

§ 11 Krankenhaustagegeld

Für Personen von 19 bis 65 Jahren wird ab dem 11. Tag der ununterbrochenen Sonderklassebehandlung das tarifliche Krankenhaustagegeld bezahlt.

§ 12 Leistung für erweiterte Heilbehandlung (Rehabilitation)

Leistung für erweiterte Heilbehandlung wird erbracht, wenn ein Sozialversicherungsträger den Versicherten im Anschluss an eine stationäre Unfallheilbehandlung in ein Rehabilitationszentrum einweist bzw. einen Zuschuss bewilligt. Als Zuschuss des Sozialversicherungsträgers ist ein Zuschuss zu den Kosten eines Rehabilitationsaufenthaltes außerhalb des Wohnsitzes anzusehen, nicht der Ersatz von Behandlungskosten allein.

Für einen Aufenthalt im Rehabilitationszentrum beträgt die maximale Leistungsdauer 60 Tage pro Versicherungsfall.

- Kostenersatz für Aufenthalts- und Behandlungskosten:
Gegen Vorlage der Bewilligung des Sozialversicherungsträgers sowie der saldierten Originalrechnungen wird Kostenersatz im tariflichen Ausmaß geleistet.
- Täglicher Zuschuss:
Wird kein Kostenersatz in Anspruch genommen, wird gegen Vorlage der Bewilligung des Sozialversicherungsträgers sowie einer von der Verwaltung des Rehabilitationszentrums ausgestellten Aufenthaltsbestätigung der tägliche Zuschuss geleistet.

§ 13 Transportkosten

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

§ 14 Bergungskosten

Soferne kein Anspruch gegenüber Dritten besteht, werden Bergungskosten im tariflichen Ausmaß ersetzt, wenn ein Versicherungsfall gemäß § 3 eingetreten ist.

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seines Transportes bis zum nächstgelegenen Spital. Zu den Bergungskosten zählen auch die Kosten der medizinischen Behandlung während der Bergung und des Transports.

§ 15 Begleitperson

Bei stationärer Unfallheilbehandlung 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 des im Leistungstarif genannten Betrages für Begleitpersonskosten übernommen, wenn sowohl das Kind als auch der begleitende Elternteil nach Tarif O versichert sind und Versicherungsschutz für den Krankenhausaufenthalt des Kindes besteht.

Bestimmungen zu Prämienbegünstigungen und Wertanpassung

§ 16 Prämienbegünstigungen

1. Bei Versicherung von Ehepaaren im Tarif O 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 Prämie für Männer bzw. Frauen vorgeschrieben.

2. Kinder können nur dann gegen Zahlung der Prämie der Altersgruppe 0 bis 18 Jahre versichert werden, wenn mindestens ein Elternteil im Tarif O 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.

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

Für allein versicherte Kinder sind die Prämien für Erwachsene zu entrichten.

§ 17 Wertanpassung

1. Die Gesellschaft verpflichtet sich, ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeit und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes, den Versicherungsschutz in seinem Wert durch entsprechende Anpassungen zu erhalten.
2. Für die Ermittlung der erforderlichen Anpassung vergleicht die Gesellschaft laufend die zu erwartenden mit den kalkulierten Leistungen. Ergibt dieser Vergleich, dass aufgrund der zu erwartenden Krankenhauskosten eine Anpassung der Leistungen notwendig wird, so werden die Leistungen und somit auch die Prämien den geänderten Verhältnissen angepasst.

Insbesondere ist eine Anpassung durchzuführen, wenn sich die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag geregelten Krankenhauskosten (einschließlich Honorare) ändern 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 geänderten Leistungen und Prämien werden zum 1. des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Die Wertanpassung begründet kein Kündigungsrecht.

4. 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.
5. Im Falle des Widerspruchs während der Dauer der Optionsversicherung wird die Versicherung mit einer Krankenhauskostenversicherung nach Unfall ohne Option (Tarif U) 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.