

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Versicherung für ambulante Heilbehandlung Tarifgruppe AP

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.

§ 1

Versicherungsschutz

Unter Versicherungsschutz stehen Leistungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlungen wegen Krankheit, Unfall oder Entbindung.

Der Versicherte hat freie Wahl unter den niedergelassenen, zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes zugelassenen Ärzten.

Behandelnde Ärzte selbst, Ehegatten, Eltern oder Kinder, werden nur die nachgewiesenen Sachkosten erstattet.

§ 2

Leistungsumfang und Leistungsvoraussetzungen

Im Rahmen der tariflichen Leistungen werden vergütet:

- 100% der nachgewiesenen Restkosten, wenn vom gesetzlichen Krankenversicherer ein Teilbetrag erstattet und die detaillierte Abrechnung anschließend bei der Allianz vorgelegt wird
- 80% des Rechnungsbetrages, wenn vom gesetzlichen Krankenversicherer keine Leistung erbracht wird oder die Rechnungen sofort bei der Allianz eingereicht werden

Die Auszahlung der Versicherungsleistung erfolgt auf Grund von saldierten Originalrechnungen. Diese Belege müssen den Vor- und Zunamen, die Adresse, die Nummer der Versicherungsurkunde, das Geburtsdatum der behandelten Person sowie die Bezeichnung der Krankheit und der erbrachten Leistungen und die Daten der Behandlung enthalten. Es können auch Zweitschriften samt der dazugehörigen Abrechnung oder detaillierte Abrechnungen des gesetzlichen Krankenversicherungsträgers vorgelegt werden. Die vorgelegten Unterlagen gehen in das Eigentum des Versicherers über.

Bei Zusammentreffen von Leistungsansprüchen für ambulante Heilbehandlung aus der Tarifgruppe AP und allfälligen weiteren Tarifen werden Leistungen aus der Tarifgruppe AP erst nach Inanspruchnahme der weiteren Tarife erbracht.

§ 3

Arzt- und Facharztkosten (inkl. Ganzheitsmedizin)

Versicherungsleistungen werden erbracht für:

- Ordinationen
- Hausbesuche
- ärztliche Sonderleistungen und besondere Untersuchungen (z.B. Injektionen, Infusionen, EKG, Labor- und bildgebende Untersuchungen einschl. Computer- und Kernspintomographie, Strahlentherapie)
- ärztliche Weggebühren
- ambulante und tagesklinische Operationen
- augenärztliche, dermatologische und gynäkologische Kontrolluntersuchungen
- Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes

Leistungen von Zahnärzten und Dentisten stehen nicht unter Versicherungsschutz. Weiters nicht unter Versicherungsschutz stehen zahn- und kieferchirurgische Eingriffe, sofern sie nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen.

Ganzheitsmedizin:

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf komplementärmedizinische Behandlungen (Ganzheitsmedizin).

Darunter sind beispielsweise folgende Behandlungen zu verstehen: Akupunktur, Akupressur, Chiropraktik, Homöopathie, Biofeedback, Neuraltherapie.

Voraussetzung für die Anerkennung der Leistung ist die Durchführung durch einen Arzt.

Hausbesuche:

Die Kosten der ärztlichen Hausbesuche werden nur dann vergütet, wenn der Zustand des Versicherten das Aufsuchen des Arztes nicht gestattet; ansonsten wird nur Entschädigung für Ordinationen geleistet.

Strahlentherapie:

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.

Ärztliche Weggebühren:

Weggebühren des Arztes werden erstattet, wenn am Wohnort des Versicherten kein Arzt ansässig ist; nicht erstattet werden die Kosten für Fahrten des Versicherten zu einem Arzt.

Ambulante und tagesklinische Operationen:

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.

Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes:

Die Leistung erstreckt sich auf die Untersuchungen vor der Entbindung. Leistungen für Untersuchungen des Kindes werden aus dem Tarif des Kindes erbracht.

§ 4

Arzneimittel (Heilmittel)

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

Ersetzt werden auch die Kosten von ärztlich empfohlenen Schutzimpfungen laut Impfplan des Obersten Sanitätsrates. Kosten von Reiseimpfungen werden nicht ersetzt.

Nicht erstattet werden die Kosten für alle nicht in Österreich registrierten Arzneimittel. Bei Arzneimittelbezug im Rahmen einer 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.

§ 5

Heilbehelfe (Hilfsmittel)

Als Heilbehelfe (Hilfsmittel) gelten

z.B. Hörgeräte, Bruchbänder, Gliederprothesen, orthopädische Korsette, orthopädische Schuheinlagen und die orthopädische Ausstattung von Schuhen, Bandagen und Bauchmieder,

nicht jedoch z.B. Irrigatoren, Inhalationsapparate, Milchpumpen, Mundduschen, Eisbeutel, Heizkissen, Fieberthermometer, Blutdruckmessgeräte, Behelfe zur Korrektur von Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie alle sonst zur Körper- und Krankenpflege dienenden Apparate und Behelfe.

Hat der Versicherer für Heilbehelfe Kostenersatz geleistet, so besteht ein neuerlicher Anspruch auf Leistungen erst nach Ablauf der üblichen Nutzungsdauer, sofern nicht zu einem früheren Zeitpunkt aus medizinischen Gründen eine Neuanschaffung notwendig ist.

Leistungen für Sehbehelfe sind in § 6 geregelt.

§ 6 Sehbehelfe

Als Sehbehelfe gelten Brillen und Kontaktlinsen. Hat der Versicherer für Sehbehelfe Kostenersatz geleistet, so besteht ein neuerlicher Anspruch auf Leistungen frühestens nach 2 Jahren, sofern nicht zu einem früheren Zeitpunkt aus medizinischen Gründen eine Neuanschaffung notwendig ist.

Leistungen für Sehbehelfe werden nur erbracht, wenn die Tarifvariante "inklusive Sehbehelfe" versichert ist.

§ 7 Physiotherapeutische Heilbehandlung

Die Kosten ärztlich verordneter, physiotherapeutischer Heilbehandlungen (z.B. physikalische Behandlungen, Heilbäder, Reflexzonenmassage, Lymphdrainage) werden erstattet, wenn sie durch einen Arzt oder einen zur freiberuflichen Ausübung dieser Dienste Berechtigten durchgeführt wurden.

Zusätzliche Kosten für Ordinationen und Hausbesuche werden nicht vergütet.

§ 8 Psychotherapeutische Heilbehandlung

Die Kosten psychotherapeutischer Heilbehandlungen werden erstattet, wenn diese durch einen Arzt vorgenommen wurden. Die Kosten werden ebenfalls erstattet, wenn die psychotherapeutische Heilbehandlung auf ärztliche Verordnung durch Personen erfolgt, die zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind. Die ärztliche Verordnung muss die Diagnose beinhalten.

Zusätzliche Kosten für Ordinationen und Hausbesuche werden nicht vergütet.

Voraussetzung für die Leistungserbringung ist das Vorliegen einer psychischen Störung, die als Krankheit anzusehen ist.

Erstreckt sich die psychotherapeutische Behandlung eines Krankheitsgeschehens über einen Zeitraum von mehr als 12 Monaten, werden weitere Behandlungskosten nur nach Vorliegen einer schriftlicher Leistungszusage des Versicherers erbracht.

§ 9 Beratung und Betreuung durch eine Hebamme

Die Kosten für die Betreuung durch eine Hebamme werden während der Schwangerschaft und bis 8 Wochen nach der Entbindung übernommen. Die erstattungsfähigen Leistungen sind Betreuung, Beratung und Pflege der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin, die Beistandsleistung bei der Geburt sowie die Mitwirkung bei der Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge.

§ 10 Medizinische Hauskrankenpflege

Die medizinische Hauskrankenpflege umfasst bestimmte medizinische Leistungen, die nur auf ärztliche Anordnung von diplomierten Krankenschwestern bzw. Krankenpflegern erbracht werden (z.B. Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung, Wundversorgung).

Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist das Vorliegen eines Versicherungsfalles im Sinne von § 1 Pkt. 2a der AVBK 1998.

§ 11 Prämienbegünstigungen

1. Bei Versicherung von Ehepaaren in der Versicherung für ambulante Heilbehandlung 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.
2. Kinder können nur dann gegen Zahlung der Prämie der Altersgruppe 0 bis 18 Jahre versichert werden, wenn mindestens ein Elternteil in der Versicherung für ambulante Heilbehandlung 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.

§ 12 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. Die Anpassung der Leistungen erfolgt auf Grund eines Vergleichs des vom Österreichischen Statistischen Zentralamt zuletzt verlautbarten Verbraucherpreisindex mit dem zum Zeitpunkt der letzten Anpassung gültigen Index. Ergibt dieser Vergleich eine Änderung im Ausmaß von mindestens einer Tarifstufe AP1, so werden die Leistungen und Prämien den geänderten Verhältnissen angepasst.
3. Die Anpassung erfolgt durch Veränderung um die entsprechende Zahl von Aufbaustufen.
4. Die Anpassung der Versicherungsleistungen und Prämien erfolgt mit dem 01.05. des Jahres.

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

Besteht unter der selben Versicherungsurkunde eine Krankenhauskostenversicherung, wird die Versicherung für ambulante Heilbehandlung gleichzeitig mit der Krankenhauskostenversicherung angepasst, spätestens jedoch zum 01.05. des Jahres.

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

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 die Versicherung mit einem Ersatztarif ohne Anpassungszusage fortgeführt.

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.

§ 13

Garantierte Prämienrückerstattung

Anstelle der in § 19 der AVBK 1998 angeführten Gewinnbeteiligung gelangt beim Tarif AP eine garantierte Prämienrückerstattung zur Anwendung.

Teilnahmeberechtigt an der garantierten Prämienrückerstattung sind alle Tarife, für die die Prämien des abgelaufenen Kalenderjahres voll und spätestens bis zum 1. März des folgenden Kalenderjahres bezahlt worden sind, für die weder tarifliche noch freiwillige Leistungen durch den Versicherer erbracht wurden und die zum Zeitpunkt der Durchführung der Prämienrückerstattung aufrecht sind.

Bei der Ermittlung des Anspruchs auf Prämienrückerstattung wird jede in einem Vertrag versicherte Person einzeln betrachtet.

Das Ausmaß der Prämienrückerstattung ist gestaffelt nach der Anzahl von aufeinanderfolgenden Kalenderjahren, in denen weder tarifliche noch freiwillige Leistungen durch den Versicherer erbracht wurden.

Die Prämienrückerstattung beträgt

| | |
|------------------------|-----------------|
| nach dem ersten Jahr: | 1 Monatsprämie |
| nach dem zweiten Jahr: | 2 Monatsprämien |
| nach dem dritten Jahr: | 2 Monatsprämien |
| ab dem vierten Jahr: | 4 Monatsprämien |

Als Bemessungsgrundlage gilt die am Jahresende des abgelaufenen Kalenderjahres maßgebliche Prämie.

Die Durchführung der garantierten Prämienrückerstattung erfolgt nach der Veröffentlichung der Bilanz.

Falls Ansprüche auf Versicherungsleistungen für abgelaufene Kalenderjahre nach Empfang der Prämienrückerstattung geltend gemacht werden, wird die Prämienrückerstattung gegengerechnet.