

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Versicherung für ambulante Heilbehandlung Tarif AV

für nicht gesetzlich krankenversicherte Personen für Grenzgänger mit Anspruchsberechtigung bei der SUVA und Vergleichbare

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 und Dentisten.

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

§ 2 Leistungsumfang und Leistungsvoraussetzung

Nach Vorlage der Belege gemäß § 7 Pkt. 1 der AVBK 1998 werden im Rahmen der tariflichen Leistungen vergütet:

- bei Zahnersatz und Mundhygienebehandlungen (lt. § 12 Pkt. 1) 80% des Rechnungsbetrages
- bei allen anderen Leistungen 100% des Rechnungsbetrages

Die vorgelegten Originalrechnungen gehen in das Eigentum der Gesellschaft über.

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

§ 3 Arzt- und Facharztekosten (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)
- ambulante und tagesklinische Operationen
- ärztliche Weggebühren
- augenärztliche, dermatologische, gynäkologische und zahnärztliche Kontrolluntersuchungen
- Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes
- Dialysebehandlungen

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.

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.

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.

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.

Ebenso wenig 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 Versicherte 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 erbracht, wenn die Tarifvariante "inklusive Sehbehelfe" versichert ist.

§ 7

Physiotherapeutische Heilbehandlung

Die Kosten ärztlich verordneter, physiotherapeutischer Heilbehandlungen (z.B. physikalische Behandlungen, Heilbäder, Reflexzonenmassage) 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

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.

§ 9

Ergotherapie und Logopädie

Die Kosten ärztlich verordneter Ergotherapie und Logopädie werden erstattet, wenn sie durch einen Arzt oder einen zur Ausübung dieser Dienste Berechtigten durchgeführt wurden.

§ 10

Psychotherapeutische Heilbehandlung

Die Kosten psychotherapeutischer Heilbehandlungen werden erstattet, wenn diese durch einen Arzt vorgenommen wurden. Die Kosten werden auch 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.

§ 11

Vorsorgeuntersuchung

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Vorsorgeuntersuchungen, die abweichend von § 1 nicht im Rahmen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung erfolgen.

§ 12

Zahnbehandlung, Zahnersatz, Mundhygiene und sonstige zahnärztliche Leistungen

1. Zahnbehandlung und Zahnersatz im Sinne der entsprechenden Leistungsposition im Tarif sind (einschließlich allfälliger Anästhesie):

Zahnbehandlung: Zahnrontgen, Plomben (ausgenommen Edelmetall- und Keramikinlays), Wurzelbehandlungen

Zahnersatz: Kronen, Stifzähne, Brücken, Implantate, Prothesen, Edelmetall- und Keramikinlays

Mundhygiene: Zahntaschenreinigung, Zahnsteinentfernung, Kariesprophylaxe inkl. Zahnversiegelung

Die behandelten oder ersetzten Zähne müssen in der Rechnung nach dem üblichen Zahnschema eindeutig bezeichnet sein. Bei größeren Zahnarbeiten oder über Verlangen des Versicherers muss die Rechnung das Zahnbild enthalten.

2. Kostenersatz für die Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten (z.B. Stomatitis, Gingivitis, Periostitis, Kiefereiterungen) sowie für zahn- und kieferchirurgische Eingriffe (z.B. Zahnextraktion, Exstirpation von Zysten, Wurzelspitzenresektion, Kieferkammerkorrektur, Taschenabtragung) einschließlich Anästhesie wird im Rahmen von Arzt- und Facharztkosten (vgl. § 3) geleistet.

Ebenso werden Kosten für kieferorthopädische Behandlungen mit Ausnahme der Kieferregulierung im Rahmen von Arzt- und Facharztkosten vergütet.

3. Kieferregulierung: Leistungen für Kieferregulierung sowie Behelfe zur Korrektur von Zahn- und Kieferfehlstellungen stehen nicht unter Versicherungsschutz.

§ 13

Prämienbegünstigungen

1. Bei Versicherung von Ehepaaren in der Versicherung für ambulante Heilbehandlung mit einer Polizzae gilt die ermäßigte Ehepaarprämie. Die ermäßigte Ehepaarprämie gilt nur so lange, als die gemeinsame Versicherung mit einer Polizzae besteht. Bei Wegfall dieser Voraussetzung wird ab dem folgenden Monats ersten die dem Eintrittsalter entsprechende Prämie für Männer bzw. Frauen vorgeschrieben.
2. Die begünstigte Kinderprämie für mitversicherte Kinder (Altersgruppe 0 bis 18 Jahre) gilt nur dann, 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 ohne Elternteil versichert, gilt für sie die Prämie der alleinversicherten Kinder.

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

§ 14

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 AV1, so werden die Leistungen und Prämien den geänderten Verhältnissen angepasst.

3. Die Anpassung erfolgt durch Veränderung um die entsprechende Zahl von Aufbaustufen.

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

4. Besteht unter der selben Polizza 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.