

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Krankenhauskostenversicherung nach Unfall Tarif U (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

Zu versichernder Personenkreis

Der Tarif U gilt für Personen, die der gesetzlichen Versicherungspflicht unterliegen oder im Sinne der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen als mitversicherte Personen gelten.

Erlischt während der Vertragsdauer das Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies der Allianz Elementar unverzüglich zu melden. Der Vertrag endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen mit dem auf die Meldung folgenden Monatsersten.

Wenn zum Zeitpunkt eines Krankenhausaufenthaltes kein Versicherungsverhältnis bei einem gesetzlichen Versicherer besteht, wird ausschließlich eine tägliche Leistung in der Höhe des Ersatztagegeldes erbracht.

§ 2

Versicherungsfall

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

§ 3

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, Heißluftballonen 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 Polizza dokumentiert.

§ 4

Leistungsdauer

Alle Leistungen werden ohne zeitliche Begrenzung und ohne Jahreshöchstgrenze erbracht. Davon ausgenommen sind Unfallfolgebehandlungen nach Ablauf von 2 Jahren ab dem Unfallgeschehen (vgl. § 3 Pkt. 2) und die Leistung für erweiterte Heilbehandlung (Rehabilitation) nach § 11.

§ 5

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 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.

§ 6

Leistung im nicht operativen Fall

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

§ 7

Heilmittel

Die Kosten der im Rahmen einer stationären Unfallheilbehandlung benötigten, 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.

§ 8 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.

§ 9 Ersatztaggeld

Wenn bei einer stationären Unfallheilbehandlung Kostenersatz nicht in Anspruch genommen wird (ausgenommen § 12 Transportkosten, § 13 Bergungskosten, § 14 Begleitperson), wird anstelle aller anderen Leistungen für jeden Aufenthaltstag das Ersatztaggeld bezahlt.

§ 10 Krankenhaustagegeld

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

§ 11 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.

§ 12 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.

§ 13 Bergungskosten

Sofern kein Anspruch gegenüber Dritten besteht, werden Bergungskosten im tariflichen Ausmaß ersetzt, wenn ein Versicherungsfall gemäß § 2 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.

§ 14 Begleitperson

Bei Krankenhausaufenthalt eines minderjährigen Kindes werden die Kosten eines Elternteiles (oder einer anderen nahestehenden Person) 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 Versicherungsschutz für den Krankenhausaufenthalt des Kindes besteht.

§ 15 Prämienbegünstigungen

1. Bei Versicherung von Ehepaaren im Tarif U 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 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 U mit der gleichen Polizzae 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. Diese Regelung ist auf Verträge, die nach dem 01.01.2013 abgeschlossen werden sowie für Kinder, die nach dem 01.01.2013 in einen bestehenden Vertrag eingeschlossen werden, nicht anwendbar.

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.

§ 16 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 auf Grund 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.

Im Falle des Widerspruchs wird der Versicherungsvertrag mit dem vor der Anpassung versicherten Tarif fortgeführt und die Gesellschaft ist späterhin nicht mehr verpflichtet, eine Anpassung der Versicherungsleistungen durchzuführen.

5. 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.