

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Krankenhaustagegeldversicherung (mit Wertanpassung)

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

§ 1 Leistungsvoraussetzungen

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 Kurzuschuss gemäß § 5 und Zuschuss für Aufenthalte gemäß § 6).

§ 3 Krankenhaustagegeld

- Das tariflich vorgesehene Krankenhaustagegeld wird unabhängig von den tatsächlichen Verpflegskosten in voller Höhe ohne zeitliche Begrenzung für jeden Tag eines medizinisch notwendigen, stationären Krankenhausaufenthaltes gemäß § 5 Abs. 8 der AVBK 1998 geleistet.
- Die Auszahlung des Krankenhaustagegeldes erfolgt gegen Vorlage einer von der Verwaltung der Krankenanstalt ausgestellten Aufenthaltsbestätigung, aus der die Diagnose zu entnehmen ist.

§ 4 Leistung bei Entbindung

- Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindungen, sowie Fehlgeburten sind den Krankheiten gleichgestellt und es wird Krankenhaustagegeld geleistet.
- Bei Entbindungen im Krankenhaus, sowie bei Entbindungen daheim wird grundsätzlich das Entbindungsgeld laut Leistungstarif bezahlt. Ist das Krankenhaustagegeld aufgrund der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus allerdings höher als das Entbindungsgeld, dann wird das Krankenhaustagegeld geleistet.
- Eine Auszahlung von Entbindungsgeld und Krankenhaustagegeld gleichzeitig für denselben Fall ist nicht möglich.

§ 5 Kurzuschuss

- 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 pro Kalenderjahr.

- 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, aus der die Indikation für den Kur- bzw. Rehabilitationsaufenthalt zu entnehmen ist.

§ 6 Zuschuss für Aufenthalte, für die laut § 5 Pkt. 10 der AVBK 1998 kein Tagegeld geleistet wird

- Dieser Zuschuss wird geleistet, wenn der Versicherte in eine Anstalt (oder entsprechende Abteilung einer sonstigen Anstalt) für Lungen- und Tbc-Kranke bzw. für Nerven- und/oder psychiatrische Erkrankungen eingewiesen wird (in Abänderung von § 5 Pkt. 10 der AVBK 1998).

Die maximale Leistungsdauer beträgt 30 Tage pro Kalenderjahr.

- Die Auszahlung des Zuschusses erfolgt gegen Vorlage einer von der Verwaltung der Krankenanstalt ausgestellten Aufenthaltsbestätigung, aus der die Diagnose zu entnehmen ist.

§ 7 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.

Bei Nichtsozialversicherten ist die Leistungsposition Transportkosten aus der Krankenhaustagegeldversicherung zur Leistungsposition Transportkosten aus einer bestehenden privaten Krankenhauskostenversicherung subsidiär.

§ 8 Begleitpersonskosten

Bei Krankenhausaufenthalt eines minderjährigen Kindes in der allgemeinen Gebührenklasse werden zusätzlich zum Krankenhaustagegeld die Kosten eines Elternteils (oder einer anderen nahestehenden Person) als Begleitperson im tariflichen Ausmaß übernommen. Ist für das Kind und die Begleitperson jeweils mindestens die Tarifstufe 25 versichert, werden die Begleitpersonskosten in der allgemeinen Gebührenklasse im vollen Ausmaß übernommen.

§ 9 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 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 Zerreißungen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf.

2. Nicht als Unfallfolgen gelten:
 - Bauch- oder Unterleibsbrüche,
 - Bandscheibenhernien,
 - Fehl- und Frühgeburten,
 - Infektionskrankheiten (ausgenommen Wundstarrkrampf und Tollwut), die durch einen Unfall herbeigeführt oder verschlechtert worden sind.
3. 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.

§ 10

Verdoppelung von Leistungen

Es wird ausschließlich die Leistungsposition "Krankenhaustagegeld" verdoppelt. Beim Zusammentreffen mehrerer der nachstehend angeführten Gründe wird das Krankenhaustagegeld nur einmal verdoppelt.

1. Tarif TA
 - bei Aufenthalt in einem ausländischen Krankenhaus, das mindestens 100 Kilometer vom Wohnort entfernt ist
2. Tarif TB:
 - bei Aufenthalt in einem ausländischen Krankenhaus, das mindestens 100 Kilometer vom Wohnort entfernt ist
 - bei Aufenthalt zur Unfallheilbehandlung (vgl. § 9)
3. Tarif TC:
 - bei Aufenthalt in einem ausländischen Krankenhaus, das mindestens 100 Kilometer vom Wohnort entfernt ist
 - bei längerem, ununterbrochenem Krankenhausaufenthalt ab dem 11. Behandlungstag
4. Tarif TD:
 - bei Aufenthalt in einem ausländischen Krankenhaus, das mindestens 100 Kilometer vom Wohnort entfernt ist
 - bei Aufenthalt zur Unfallheilbehandlung (vgl. § 9)
 - bei längerem, ununterbrochenem Krankenhausaufenthalt ab dem 11. Behandlungstag
5. Das Krankenhaustagegeld bei Aufenthalt in einem ausländischen Krankenhaus wird nur dann verdoppelt, wenn die versicherte Person ihren ordentlichen Wohnsitz und dauernden Aufenthalt in Österreich hat und ein Auslandsaufenthalt die Dauer von drei Monaten nicht übersteigt. Das Krankenhaustagegeld wird nicht verdoppelt bei einem Krankenhausaufenthalt in jenen Staaten, für die die versicherte Person eine Staatsbürgerschaft besitzt oder in denen sie einen ständigen Wohnsitz hat.

§ 11

Prämienbegünstigungen

1. Bei Versicherung von Ehepaaren in der Krankenhaustagegeldversicherung 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 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 in der Krankenhaustagegeldversicherung 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. 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.

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 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 bzw. bei Versicherungsbeginn gültigen Index. Ergibt dieser Vergleich eine Änderung im Ausmaß von mindestens einer Tarifstufe, so werden die Leistungen und Prämien den geänderten Verhältnissen angepasst.
3. Die Anpassung erfolgt durch Veränderung um die entsprechende Zahl von Aufbaustufen, wobei auf ganze Stufen abgerundet wird.

Für die Bemessung der Mehrprämie ist das Alter im Zeitpunkt der Anpassung maßgeblich.
4. Die Anpassung der Versicherungsleistungen und Prämien erfolgt mit dem 01.05. des Jahres.

Besteht unter der selben Polizzae eine Krankenhauskostenversicherung, wird die Krankenhaustagegeldversicherung 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.