



MEINE GESUNDHEITS- VERSICHERUNG – EINFACH ERKLÄRT

WILLKOMMEN BEI DER ALLIANZ.

DIE ALLIANZ ZÄHLT ZU DEN TRADITIONSREICHSTEN UNTERNEHMEN ÖSTERREICHS – SEIT MEHR ALS 150 JAHREN VERTRAUEN UNSERE KUNDINNEN UND KUNDEN IN UNSERE STÄRKE UND KOMPETENZ.



Die Allianz hat sich immer wieder als Vorreiter und Erneuerer der Branche erwiesen und zählt zu den erfolgreichsten Beispielen für die Entwicklung der modernen Versicherungsindustrie.

Wir erwirtschaften nachhaltig auf Basis des mit dem WWF (World Wide Fund For Nature) entwickelten Investitionsmodells und übernehmen so Verantwortung für unsere Gesellschaft und die Umwelt.

Die Allianz Gruppe in Österreich ist Teil der weltweit tätigen Allianz SE, die rund 150.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in mehr als 70 Ländern beschäftigt. Allein in Österreich arbeiten etwa 3.500 Menschen in der Allianz, die zirka 1,2 Millionen Kundinnen und Kunden betreuen.

Wir freuen uns, dass auch Sie uns Ihr Vertrauen schenken und wünschen Ihnen viele gesunde Lebensjahre!

INHALTSVERZEICHNIS MEINE GESUNDHEITSVERSICHERUNG – EINFACH ERKLÄRT

1. Einführung in Ihre Versicherung	4
2. Produktbeschreibung – Versicherungsbedingungen	6
2.1. Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	8
2.2. Deckungsumfang der Pakete – Sonderklasse	12
2.2.1. Allgemeine Regelungen zur Leistungshöhe und Leistungsdauer	15
2.2.2. Sonderklasse – Comfort	20
2.2.3. Sonderklasse – Extra	32
2.2.4. Sonderklasse – Max	46
2.3. Deckungsumfang der Pakete – Wahlarzt	60
2.3.1. Allgemeine Regelungen zur Leistungshöhe	63
2.3.2. Wahlarzt – Comfort	66
2.3.3. Wahlarzt – Extra	72
2.3.4. Wahlarzt – Max	80
2.4. Optionale Zusatzbausteine	90
2.4.1. PrämienBonus 65	90
2.4.2. Meine Energieladung	91
2.4.3. Meine Reise-Assistance	92
2.5. Obliegenheiten und Pflichten des Versicherungsnehmers	98
2.5.1. Rund um die Prämienzahlung	99
2.5.2. Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, Folgen der Verletzung dieser Anzeigepflicht	101
2.5.3. Bekanntgabe und Änderung des Hauptwohnsitzes	102
2.5.4. Änderung oder Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherung	103
2.5.5. Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person während des Bestehens des Versicherungsvertrages – Folgen der Verletzung dieser Pflichten	104
2.5.6. Ansprüche gegen Dritte	105
2.6. Auszahlung der Versicherungsleistungen	106
2.7. Was sollten Sie noch unbedingt zu Ihrem Versicherungsverhältnis wissen?	108
2.7.1. Ruhen des Versicherungsschutzes	109
2.7.2. Anwartschaft	109
2.7.3. Beendigung des Versicherungsvertrages	110
2.7.4. Erfüllungsort und Gerichtsstand	112
2.7.5. Wertanpassung	112
2.8. Glossar	116
3. Leistungsfall – Was nun?	124
3.1. Checkliste für die Sonderklasse (stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus)	124
3.2. Checkliste für die Wahlarzt (ambulante Heilbehandlung)	132
4. Häufig gestellte Fragen	136
5. Allianz-Apps und Kundenportal	148
6. Anhänge	150

1. EINFÜHRUNG IN IHRE VERSICHERUNG

IN DIESEM DOKUMENT FINDEN SIE INFORMATIONEN UND ANTWORTEN RUND UM IHRE GESUNDHEITSVERSICHERUNG – TRANSPARENT UND VERSTÄNDLICH ERKLÄRT.



**Guten
Tag!**

Vielen Dank, dass Sie sich für die Allianz als Partner für den Schutz rund um Ihre Gesundheit entschieden haben. Wir freuen uns und danken Ihnen für das entgegengebrachte Vertrauen. Wenn es um die Förderung, den Erhalt und die Wiederherstellung Ihrer Gesundheit geht, können Sie auf uns als verlässlichen Partner an Ihrer Seite zählen.

Mit den Paketen Comfort, Extra und Max hat die Allianz eine neue und moderne Produktlandschaft geschaffen. Für den Schutz Ihrer Gesundheit bieten wir Ihnen für den stationären (Sonderklasse) und den ambulanten Bereich (Wahlarzt) jeweils drei einfache und gut verständliche Pakete an. Sie entscheiden anhand Ihrer individuellen Bedürfnisse und Lebenssituation welcher Schutz am besten für Sie geeignet ist. Je nach gewähltem Paket, genießen Sie umfassenden Schutz bei Erkrankungen, Unfällen, Schwangerschaft und Entbindung.

Mit dem Abschluss einer privaten Zusatzversicherung genießen Sie je nach gewähltem Paket viele Vorteile, wie die freie Arztwahl und kurze Wartezeiten in Privatkliniken, weltweiten Versicherungsschutz und Telemedizin.

Wir sehen uns jedoch nicht nur als Partner bei der Wiederherstellung Ihrer Gesundheit. Wir möchten Sie auch beim Erhalt Ihrer Gesundheit unterstützen und bieten Ihnen daher Programme und Leistungen an, die wesentlich über das Angebot der gesetzlichen Krankenversicherung hinausreichen, zum Beispiel bei der Lebensstiloptimierung und mentalen Gesundheit. Je nach gewähltem Paket, umfasst Ihr Versicherungsschutz zum Beispiel auch Gesundheitsförderungsmaßnahmen wie Reiseimpfungen und Ganzkörperscreenings.

Zusätzlich zu „Meine Gesundheitsversicherung – Einfach erklärt“ erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsurkunde. Auf dieser ist das gewählte Paket, die versicherten Leistungen sowie unter anderem die Leistungslimits, eventuelle Selbstbehalte und vereinbarte Zusatzleistungen festgelegt. Die Versicherungsurkunde legt zusammen mit „Meine Gesundheitsversicherung – Einfach erklärt“ Ihren konkreten Versicherungsschutz fest.

Bei Fragen oder Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne persönlich unter 05 9009 588 weiter oder per Mail unter gesundheitsversicherung@allianz.at.

Bleiben Sie gesund!

2. PRODUKT- BESCHREIBUNG – VERSICHERUNGS- BEDINGUNGEN



Aus dem vorliegenden Dokument „Meine Gesundheitsversicherung – Einfach erklärt“ stellt nur der Abschnitt 2 „Produktbeschreibung – Versicherungsbedingungen“ sowie Abschnitt 6 „Anhänge“ die rechtlich verbindlichen Regelungen und Inhalte für den Versicherungsvertrag dar. Kursiv geschriebene Begriffe werden im Kapitel 2.8 „Glossar“ definiert und erläutert.

Die Abschnitte 3 „Leistungsfall – Was nun?“, 4 „Häufig gestellte Fragen“ sowie 5 „Allianz Apps und Kundenportal“ des Dokuments „Meine Gesundheitsversicherung – Einfach erklärt“ sind nicht Vertragsbestandteil des Versicherungsvertrages.

Innerhalb des Dokuments „Meine Gesundheitsversicherung – Einfach erklärt“ kann es zu Verweisen kommen. Diese geben wir

(a) mit der jeweiligen Abschnittsnummer (zum Beispiel Abschnitt 6 „Anhänge“) oder der jeweiligen Kapitelnummer (zum Beispiel Kapitel 2.2.2 „Sonderklasse-Comfort“) an.

(b) gegebenenfalls auch als betreffenden Punkt in einem Kapitel an. Zum Beispiel Kapitel 2.1 „Sonderklasse-Comfort“, Punkt (1) oder auch Punkt (1) a), wenn der Punkt durch Buchstaben weiter unterteilt ist.

2.1. GEGENSTAND UND GELTUNGSBEREICH DES VERSICHERUNGSSCHUTZES



(1) Versicherungsvertrag

Die in diesem Dokument enthaltenen Versicherungsbedingungen regeln zusammen mit der Versicherungsurkunde die Rechte und Pflichten des Versicherungsvertrages. Der Versicherungsvertrag wird zwischen der Allianz Elementar Versicherungs-AG (im Folgenden „Wir“ oder die „Allianz“ genannt) und dem Versicherungsnehmer (im Folgenden als „Versicherungsnehmer“ bezeichnet) abgeschlossen.

(2) Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer ist neben der Allianz die zweite Vertragspartei des Versicherungsvertrages. Der Versicherungsnehmer ist der Käufer der Versicherung und erhält die Versicherungsurkunde. Dem Versicherungsnehmer obliegen damit auch die ihm aus dem Vertrag treffenden Rechte und Pflichten, wie zum Beispiel die Pflicht zur Prämienzahlung.

(3) Versicherte Person

Der Versicherungsschutz Ihrer Allianz Gesundheitsversicherung gilt für die Person, die in der Versicherungsurkunde als versicherte Person angeführt ist. Die versicherte Person wird im Folgenden als „Sie“ oder als „versicherte Person“ bezeichnet. Der Versicherungsnehmer kann, muss jedoch nicht versicherte Person sein.

(4) Hauptwohnsitz

Versichert werden können nur Personen, die in Österreich ihren Hauptwohnsitz haben und in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind.

(5) Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz in allen gewählten Paketen gilt grundsätzlich weltweit.

(6) Beschränkungen des Versicherungsschutzes

Die Erstattung von Versicherungsleistungen erfolgt immer unter Berücksichtigung von eventuell vereinbarten Höchstsummen, Pauschalbeträgen, Jahres- oder Unterlimits.

Genauere Definitionen davon finden Sie im Kapitel 2.2.1. „Allgemeine Regelungen zur Leistungshöhe und Leistungsdauer“ (für Sonderklasse-Pakete) bzw. im Kapitel 2.3.1. „Allgemeine Regelungen zur Leistungshöhe“ (für Wahlarzt-Pakete).

(7) Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages, jedoch nicht vor Bezahlung der ersten Prämie, nicht vor Ablauf der *Wartezeiten* und nicht vor dem in der Versicherungsurkunde bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Wird die Versicherungsurkunde nach diesem Zeitpunkt ausgehändigt, die Prämie sodann aber binnen 14 Tagen bezahlt, so beginnt der Versicherungsschutz abgesehen von den Bestimmungen über die *Wartezeiten* mit dem in der Versicherungsurkunde bezeichneten Zeitpunkt. Der Versicherungsschutz endet – auch für noch nicht abgeschlossene *Heilbehandlungen* – mit der Beendigung des Versicherungsvertrages.

(8) Wartezeiten

Es besteht eine *Wartezeit* für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindungen und Fehlgeburten, sowie für die Inanspruchnahme des Babybonus. Diese beträgt 7 Monate und wird ab Versicherungsbeginn gerechnet. Wenn die Schwangerschaft nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, entfällt die Wartezeit. Als Nachweis gilt, dass der ärztlich errechnete Geburtstermin mindestens 9 Monate nach Versicherungsbeginn liegt.

(9) Erklärungen von Vertragsparteien und versicherten Personen

a) Anzeigen und Erklärungen des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person sind an uns in geschriebener Form abzugeben, sofern hierfür gemäß Versicherungsbedingungen nicht die Schriftform vorgesehen ist oder mit gesonderter Erklärung zwischen uns vereinbart wurde. Der geschriebenen Form wird durch Zugang eines Textes in Schriftzeichen entsprochen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Brief, Fax oder E-Mail). Schriftform bedeutet, dass dem Erklärungsempfänger das Original der Erklärung mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen muss. Die Formerfordernisse für Rücktrittserklärungen sind der Belehrung über das jeweilige Rücktrittsrecht in der Versicherungsurkunde zu entnehmen. Die dort angeführte Form ist maßgeblich.

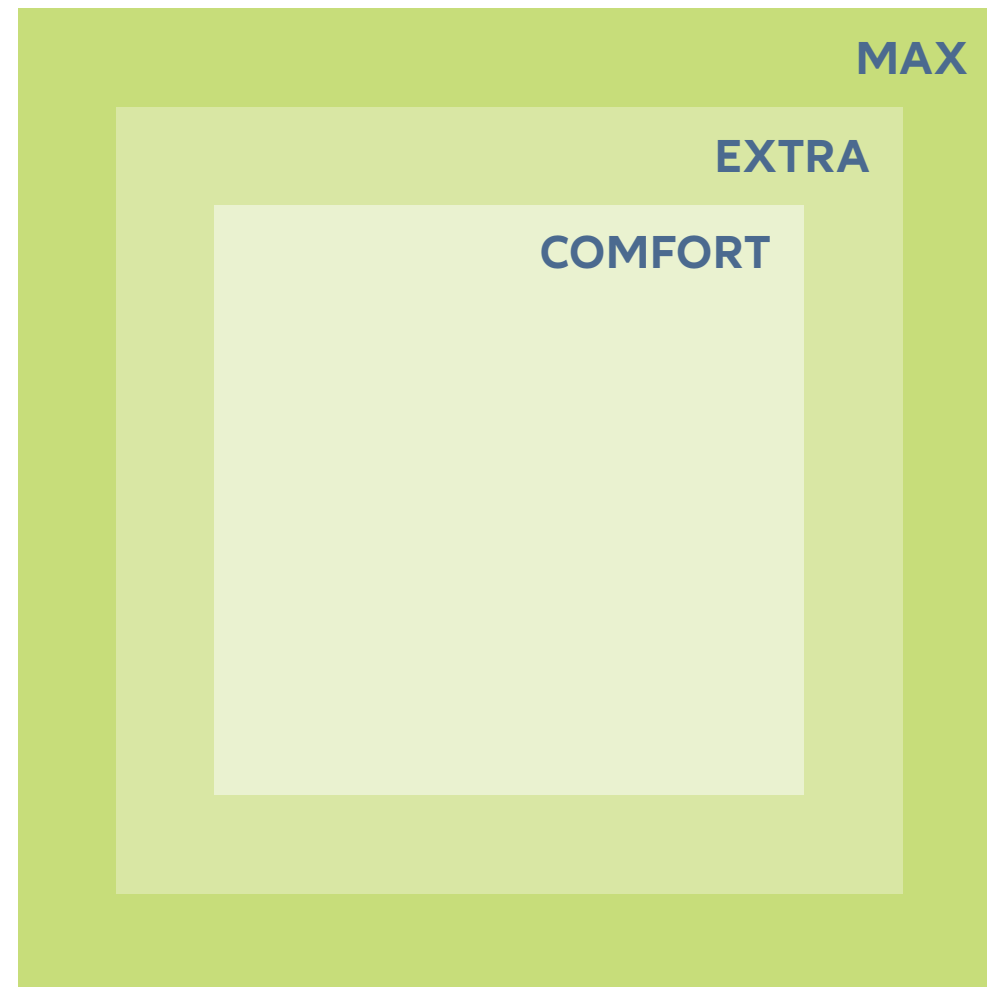
b) Die qualifizierte elektronische Signatur gemäß § 4 Signatur- und Vertrauensdienstegesetz ist der eigenhändigen Unterschrift gleichgestellt.



2.2. DECKUNGSUMFANG DER PAKETE – SONDERKLASSE

**WIR BIETEN DREI
PAKETE FÜR DIE
SONDERKLASSE AN,
DIE SICH NACH
IHREM VERSICHERUNGSSCHUTZ
UNTERSCHIEDEN.**

Nachfolgend finden Sie eine tabellarische Übersicht über den Versicherungsschutz der unterschiedlichen Pakete. Art und Umfang Ihres konkreten Versicherungsschutzes ergeben sich aus der Versicherungsurkunde, den gegenständlichen Versicherungsbedingungen und aus dem gewählten Produktpaket.



PAKETÜBERBLICK SONDERKLASSE

DECKUNG	COMFORT	EXTRA	MAX
VERSICHERUNGSSCHUTZ NACH UNFÄLLEN	✓	✓	✓
VERSICHERUNGSSCHUTZ BEI DEFINIERTEN SCHWEREN KRANKHEITEN	✓ ¹⁾	✓	✓
WEITERE VERSICHERUNGSLEISTUNGEN: Ersatztagegeld, Begleitpersonskosten, Zuschuss für Kur und Rehabilitation, Transportkosten und Bergungskosten	✓	✓	✓
KOSTENGARANTIE ÖSTERREICH UND EUROPAGARANTIE	✓	✓	✓
KEIN SELBSTBEHALT: nach Unfällen, bei definierten schweren Krankheiten und für die weiteren Versicherungsleistungen Ersatztagegeld, Begleitpersonskosten, Zuschuss für Kur und Rehabilitation, Transportkosten und Bergungskosten	✓	✓	✓
VERSICHERUNGSSCHUTZ BEI ALLEN KRANKHEITEN		✓	✓
VERSICHERUNGSSCHUTZ BEI SCHWANGERSCHAFT UND ENTBINDUNG		✓	✓
BABYBONUS UND ENTBINDUNGSGELD		✓	✓
VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR KOSMETISCHE OPERATIONEN UND FÜR PROPHYLAKTISCHE OPERATIONEN ²⁾		✓	✓
WEITERE VERSICHERUNGSLEISTUNGEN: Pauschale bei bösartigen Neubildungen, Psychologische Beratung bei bestimmten Diagnosen, Ärztliche Zweitmeinung, Palliativtagegeld		✓	✓
WELTWEITE KOSTENGARANTIE		✓	✓
KEIN SELBSTBEHALT: bei kurzem Krankenhausaufenthalt (d.h. es fällt ab dem 5. Tag eines Krankenhausaufenthaltes ein Selbstbehalt an), Schwangerschaft und Entbindung, ambulanten und tagesklinisch durchgeführten Operationen und den weiteren Versicherungsleistungen Pauschale bei bösartigen Neubildungen, Psychologische Beratung bei bestimmten Diagnosen, Ärztliche Zweitmeinung, Palliativtagegeld		✓	✓
EINBETTZIMMER			✓
MEIN VORSORGECHECK: spezielle Gesundheitsförderung und Vorsorge z.B. Medizinische Genanalyse; Quantenphysikalische Ganzkörpermessung; Ganzheitlich mikrobiologische Darmanalyse; Gesundheit-Checkup für Herz-Kreislauf, Entgiftung, Immunstatus, Stressoren etc.; Vital- oder Darm-Checkup für Kinder und Darm-Checkup für Säuglinge bzw. Neugeborene			✓
VÖLLIGER SELBSTBEHALT-ENTFALL			✓
OPTIONALE BAUSTEINE			
MEINE ENERGIELADUNG: ANGEBOTE IN DEN BEREICHEN WELLNESS, FITNESS, BALANCE	✓	✓	✓
MEINE REISE-ASSISTANCE	✓	✓	✓
PRÄMIENBONUS 65		✓	✓

1) Der Versicherungsschutz für schwere Erkrankungen endet zur Hauptfälligkeit jenes Jahres, in dem Sie das 45. Lebensjahr vollendet haben, wenn der Versicherungsnehmer der automatischen Aktivierung des Extra Paketes widerspricht.

2) Nur nach vorheriger Zusage in geschriebener Form.

2.2.1. ALLGEMEINE REGELUNGEN ZUR LEISTUNGSHÖHE UND LEISTUNGSDAUER

(1) Kostenerstattung im Krankenhaus

Die Hauptleistung der Sonderklasse-Pakete ist die Erstattung von Mehrkosten der Sonderklasse bei stationären oder (unter bestimmten Voraussetzungen) auch tagesklinischen Behandlungen.

a) Kostenerstattung ohne Kostengarantie und Direktverrechnung („tarifliche Leistungen“)

Bei Aufenthalt in der Sonderklasse eines Krankenhauses werden für die versicherten Mehrkosten der Sonderklasse im Vergleich zur allgemeinen Gebührenklasse die sogenannten *tariflichen Leistungen* erstattet. Es handelt sich dabei um Beträge, mit denen die Behandlungskosten, sei es für die Unterbringung, für Arzthonorare oder für Operationen, erstattet werden.

Bei der Kostenerstattung nach *tariflichen Leistungen* können wir die Erstattung der Krankenhausrechnung nicht direkt mit dem Krankenhaus abwickeln. Das bedeutet, Sie müssen in Vorleistung treten und die Kosten für den Krankenhausaufenthalt zunächst selbst bezahlen. Die *tariflichen Leistungen*, die wir Ihnen erstatten, sind

durch Höchstbeträge bzw. Pauschalbeträge limitiert. Es kann vorkommen, dass die Kosten, die Ihnen das Krankenhaus in Rechnung stellt, höher sind als die *tariflichen Leistungen*, die wir Ihnen erstatten. In diesem Fall müssen Sie für die Restkosten selbst aufkommen.

Die *tariflichen Leistungen* gelten weltweit, sie werden grundsätzlich ohne zeitliche Begrenzung und ohne Jahreshöchstgrenze erstattet (abzüglich eines eventuell vertraglich vereinbarten Selbstbehaltes bzw. eines eventuellen Kostenanteils der gesetzlichen Krankenversicherung). Zeitliche Begrenzungen und Begrenzungen der Höhe nach ergeben sich jedoch insbesondere aus:

- Versicherungsvertraglichen Einschränkungen, wie z.B. bei Prämienzahlungsverzug oder bei Ende des Versicherungsvertrages
- Einschränkungen durch die Definition des Versicherungsfalles, wie z.B. wenn die Heilbehandlung während eines Krankenhausaufenthaltes in eine geriatrische oder palliative Behandlung übergeht

Nähere Informationen zu den *tariflichen Leistungen* finden Sie im Punkt (7) „Tarifliche Leistungen“ im jeweiligen Kapitel zu Ihrem gewählten Paket. Ihr gewähltes Paket und die Höhe der jeweiligen *tariflichen Leistungen* entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde.

Die Kostenerstattung nach *tariflichen Leistungen* bildet die Basis des Versicherungsschutzes. Durch den Abschluss von Vereinbarungen zu Umfang und Mehrkosten einer Sonderklassebehandlung, sogenannten *Direktverrechnungsvereinbarungen*, mit den meisten Krankenhäusern in Österreich wird der Versicherungsschutz um eine wesentliche Komponente, die *Kostengarantie mit Direktverrechnung* erweitert.

b) Kostengarantie mit Direktverrechnung in österreichischen Vertragskrankenhäusern

Mit den meisten Krankenhäusern in Österreich bestehen vertragliche Vereinbarungen zu Umfang und Mehrkosten einer Sonderklassebehandlung, sogenannte *Direktverrechnungsvereinbarungen*. Das ermöglicht uns, bei Behandlung in einem dieser *Vertragskrankenhäuser* die sogenannte *Kostengarantie* zuzusagen: Anstatt den *tariflichen Leistungen* werden sämtliche im Rahmen der Behandlung anfallenden Mehrkosten (abzüglich eines vertraglich

vereinbarten Selbstbehaltes) von uns übernommen, sofern Sie bei der Aufnahme im Krankenhaus einen Auftrag zur *Direktverrechnung* erteilt haben. Das Krankenhaus verrechnet die Mehrkosten direkt mit uns, ohne dass Sie in Vorleistung treten müssen. Abgesehen von einem etwaigen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt entstehen Ihnen keine Kosten. Diese Art der Abrechnung nennen wir *Kostengarantie mit Direktverrechnung*.

Im Rahmen der *Kostengarantie mit Direktverrechnung* gibt es grundsätzlich keine zeitlichen und betraglichen Begrenzungen der Kostenerstattung. Zeitliche Begrenzungen und Begrenzungen der Höhe nach ergeben sich jedoch insbesondere aus:

- Versicherungsvertraglichen Einschränkungen, wie z.B. bei Prämienzahlungsverzug oder bei Ende des Versicherungsvertrages
- Einschränkungen durch die Definition des Versicherungsfalles, wie z.B. wenn die Heilbehandlung während eines Krankenhausaufenthaltes in eine geriatrische oder palliative Behandlung übergeht

Nähere Informationen zur *Kostengarantie mit Direktverrechnung* finden Sie im Punkt „*Kostengarantie mit Direktverrechnung*“ im jeweiligen Kapitel zu Ihrem gewählten Paket.

c) Widerruf der Kostengarantie mit Direktverrechnung

Die *Kostengarantie mit Direktverrechnung* gilt so lange, als mit den Vertragspartnern ein vertragliches Übereinkommen über die Mehrkosten der Sonderklasse getroffen werden kann. Sollte dies nicht der Fall sein, kann die *Kostengarantie mit Direktverrechnung* zum 01.04. eines jeden Jahres unter Einhaltung einer Frist von drei Wochen für einzelne Krankenhäuser, aber auch für größere Gruppen von Krankenhäusern (z.B. für alle Krankenhäuser eines Bundeslandes), widerrufen werden.

Neben diesem allgemeinen Grund des Widerrufs gibt es zwei Gründe für einen individuellen Widerruf der *Kostengarantie mit Direktverrechnung*:

- i. Wenn der Versicherungsnehmer der Anpassung der Versicherungsleistungen und Prämien widerspricht, siehe Kapitel 2.7.5 „Wertanpassung“, Punkt (5)
- ii. Wenn der Versicherungsnehmer den im Paket Extra vertraglich vereinbarten Selbstbehalt nicht fristgerecht und vollständig bezahlt hat, siehe Kapitel 2.2.3 „Sonderklasse-Extra“, Punkt (9) d)

Der Widerruf der *Kostengarantie mit Direktverrechnung* umfasst je nach gewähltem Paket auch die „Europagarantie“ und die „Weltweite *Kostengarantie*“.

(2) Weitere Leistungen

Weiters gibt es Sachverhalte, bei denen wir

- a) Einmalzahlungen erbringen,
- b) Leistungen pro Tag auszahlen,
- c) eine Kostenerstattung bis zu einem Höchstbetrag vornehmen oder
- d) die Häufigkeit der möglichen Inanspruchnahme begrenzt ist.

a) Einmalzahlungen: Hierzu gehören die Pauschale bei bösartigen Neubildungen und das Entbindungsgeld.

b) Leistungen pro Tag: Hierzu gehören das Ersatztagegeld, der Zuschuss für Kur- und Rehabilitation und das Palliativtagegeld. Bei diesen Leistungen wird ein fixer Betrag pro Tag ausbezahlt, es ist teilweise auch eine zeitliche Begrenzung vorgesehen.

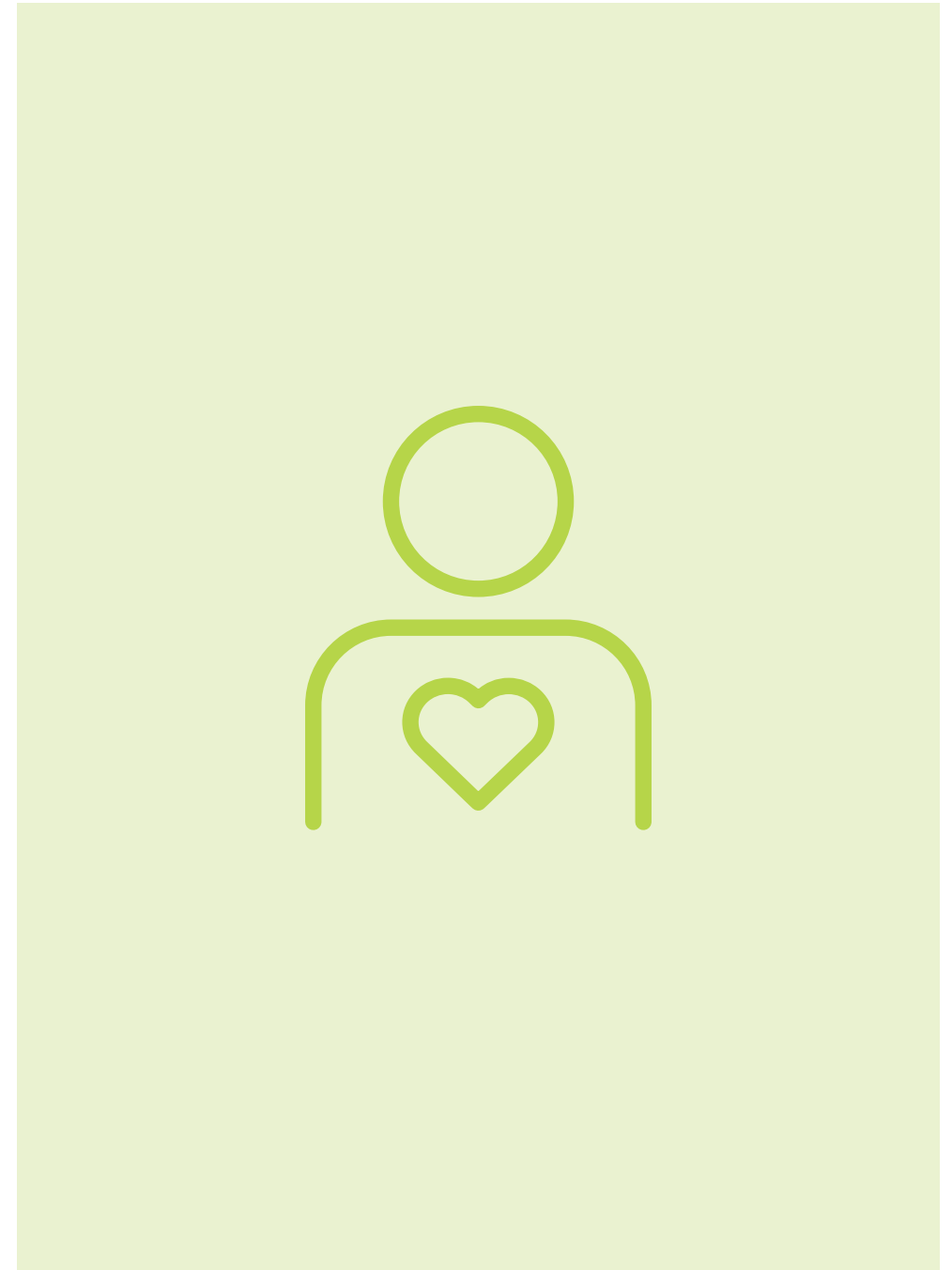
c) Kostenerstattung bis zu einem Höchstbetrag: Hierzu gehören die ärztliche Zweitmeinung, psychologische Beratung bei bestimmten Diagnosen, Transportkosten und *Bergungskosten*.

d) Begrenzung der Häufigkeit der möglichen Inanspruchnahme: Hierzu gehört die Leistung „Mein Vorsorgecheck“ im Paket Max (siehe Kapitel 2.2.2 „Sonderklasse Max“, Punkt (10).

Für Leistungen, für die Höchstbeträge festgelegt sind, erfolgt die Erstattung maximal bis zu der festgelegten Höhe. Ist die Rechnungssumme geringer

als die in der Versicherungsurkunde angeführte maximale Leistungssumme, wird nur die Rechnungssumme erstattet.

(3) Nähere Informationen zu den in Punkt (1) und (2) beschriebenen Leistungen entnehmen Sie den jeweiligen Punkten (zum Beispiel Punkt „Tarifliche Leistungen“ oder „Weitere Leistungen“) im jeweiligen Kapitel zu Ihrem gewählten Paket). Bitte beachten Sie, dass für die hier beschriebenen Leistungen die Definitionen und Einschränkungen der Punkte „Was ist versichert?“ bzw. „Was ist nicht versichert?“ zu Ihrem gewählten Paket gelten. Ihr gewähltes Paket entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde.



2.2.2. SONDERKLASSE – COMFORT

(1) Was ist versichert?

a) Die versicherte Person hat im *Versicherungsfall* Anspruch auf Versicherungsschutz. Ihr konkreter Versicherungsschutz ist festgelegt durch die Versicherungsurkunde und die anwendbaren Versicherungsbedingungen des Abschnitts 2 des vorliegenden Dokuments „Meine Gesundheitsversicherung – Einfach erklärt“.

b) Unter Versicherungsschutz stehen *medizinisch notwendige Heilbehandlungen* im Rahmen eines stationär notwendigen Aufenthaltes infolge eines *Unfalls*, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist. Diese *Heilbehandlungen* sind versichert, wenn sie innerhalb von 5 Jahren ab dem *Unfall* durchgeführt werden.

c) Unter Versicherungsschutz stehen auch medizinisch notwendige *Heilbehandlungen* im Rahmen eines stationär notwendigen Aufenthaltes wegen nachfolgenden schweren *Erkrankungen*, die nach Versicherungsbeginn eingetreten sind (bzw. daraus resultierende Operationen und Untersuchungen im stationären und tagesklinischen Bereich):

- Behandlungen von allen bösartigen (malignen) Neubildungen (Krebs) ab Vorliegen eines aus medizinischer Sicht nachgewiesenen bösartigen (malignen) Tumors
- Behandlungen von allen Gehirntumoren
- operative Eingriffe zur Entfernung unklarer Tumore der Brustdrüse und der inneren Organe
- Bypass Operationen einer oder mehrerer Koronararterie(n) (Herzkranzgefäße)
- Herzkatheter und Stent-Implantationen in die Koronargefäße
- Herzklappenoperationen
- Operationen der Aorta (Hauptschlagader)
- Operationen der Halsschlagader (Arteria Carotis)
- Transplantationen von Herz, Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse, Niere und Knochenmark, wobei die versicherte Person der Empfänger ist

Der Versicherungsschutz für die in Punkt (1) c) aufgezählten Sachverhalte endet zur *Hauptfälligkeit* jenes Jahres, in dem Sie das 45. Lebensjahr vollendet haben, wenn der Versicherungsnehmer der automatischen Aktivierung, wie im Punkt (3) d) „Option zur Aktivierung auf ein Extra- oder Max-Paket“ beschrieben, widerspricht.

(2) Voranfragepflicht

a) Voraussetzung für die Übernahme der Mehrkosten für die stationäre *Heilbehandlung* in der Sonderklasse für die in Punkt (1) b) und (1) c) genannten Sachverhalte ist, dass wir diese vor Beginn der Behandlung in geschriebener Form zugesagt haben. Das bedeutet vor einem geplanten Krankenhausaufenthalt: Setzen Sie sich mit unserem Kundenservice mindestens 7 Tage vor Ihrer Behandlung, unter Beilage aller medizinischen Unterlagen, in Verbindung und wir prüfen, ob ein *Versicherungsfall* vorliegt, der von Ihrem Versicherungsschutz umfasst ist.

b) Von der Voranfragepflicht befreit sind akut auftretende Ereignisse, die gemäß Punkt (1) b) und (1) c) unter Versicherungsschutz stehen und eine sofortige medizinische Versorgung erfordern. Hierzu gehören zum Beispiel lebensbedrohliche Verletzungen nach einem Verkehrsunfall oder ein Oberschenkelhalsbruch nach einem Sturz.

d) Versicherungsschutz gemäß Punkt (1) b) und (1) c) besteht nur bei stationär notwendigen Aufenthalten in nach dem Krankenanstaltengesetz genehmigten Allgemeinen Krankenanstalten und Privatkrankenanstalten zur Akut- bzw. *Kurzzeitversorgung*.

e) Die unter Punkt (1) d) genannten nach dem Krankenanstaltengesetz genehmigten Krankenanstalten sind in bettenführenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkten organisiert, arbeiten ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und verfügen über eine Unterbringungskategorie, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entspricht (Sonderklasse).

f) Als stationär notwendig gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der *Heilbehandlung* einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert und eine *ambulante Heilbehandlung* aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

g) Als *medizinisch notwendig* gilt ein stationärer Aufenthalt insbesondere nicht, wenn er lediglich im Mangel an häuslicher Pflege oder sonstigen persönlichen Verhältnissen der versicherten Person begründet ist.

(3) Option zur Aktivierung auf ein Sonderklasse Extra- oder Max-Paket

a) Durch Abschluss des Comfort-Pakets besteht die Option zu einem späteren Zeitpunkt ein Sonderklasse Extra- oder Sonderklasse Max-Paket zu aktivieren. Die Aktivierung erfolgt ohne neuerliche Gesundheitsprüfung und ohne erneute *Wartezeit*.

Bei der Prämienbemessung wird die bisherige Versicherungsdauer berücksichtigt.

Ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Aktivierung gelten die dem aktivierten Paket zu Grunde liegenden Bedingungen, Prämien sowie der Deckungsumfang des aktivierten Paketes.

b) Bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Aktivierung gilt der im Paket Comfort beschriebene Versicherungsschutz.

c) Die Aktivierung des Pakets Extra oder Max kann bis zum Alter von 45 Jahren (Berechnung: aktuelles Jahr minus Geburtsjahr) zur jeweils nächsten *Hauptfälligkeit* ohne Risikoprüfung und ohne erneute *Wartezeit* erfolgen. Die Aktivierung muss mindestens einen Monat vor der *Hauptfälligkeit* in geschriebener Form vom Versicherungsnehmer beantragt werden.

d) Ist die Aktivierung zur *Hauptfälligkeit* des Jahres, in dem das Alter 45 erreicht wird, noch nicht erfolgt, wird automatisch auf das Paket Extra umgestellt. Der Versicherungsnehmer kann der Aktivierung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat vor der *Hauptfälligkeit* in Schriftform widersprechen.

Wenn der Versicherungsnehmer der automatischen Aktivierung auf das Paket Extra widerspricht, wird die Versicherung mit dem Comfort-Paket fortgeführt, jedoch ohne die Option zur Aktivierung auf ein Sonderklasse Extra- oder Sonderklasse Max-Paket und ohne Versicherungsschutz für die in Punkt (1) c) aufgezählten Sachverhalte. Wenn Sie eine Weiterführung des Comfort-Pakets nicht wünschen, kann auf Antrag des Versicherungsnehmers das Paket Comfort zum Aktivierungszeitpunkt beendet werden.

e) Für einen Krankenhausaufenthalt wegen *Krankheit*, Schwangerschaft oder Entbindung, der vor der Aktivierung begonnen hat, besteht Anspruch auf Ersatztagegeld für die Aufenthaltstage nach der Aktivierung.

(4) Kostengarantie mit Direktverrechnung in Österreich

a) Wenn Sie sich in einem *Vertragskrankenhaus* behandeln lassen und bei der Aufnahme im Krankenhaus einen Auftrag zur *Direktverrechnung* erteilt haben, wird das Krankenhaus die Mehrkosten für die stationäre *Heilbehandlung* in der Sonderklasse (Zweibettzimmer) direkt mit uns abrechnen, ohne dass Sie in Vorleistung treten müssen.

Die entstandenen Mehrkosten für die stationäre *Heilbehandlung* in der Sonderklasse (Zweibettzimmer) werden in voller Höhe von uns übernommen (*Kostengarantie* mit *Direktverrechnung*). Die Liste mit unseren Vertragskrankenhäusern finden Sie im Abschnitt 6 „Anhänge“, Anhang 3.

b) Änderungen der in Punkt (4) a) genannten Liste der *Vertragskrankenhäuser* werden dem Versicherungsnehmer in geschriebener Form bekanntgegeben. Sie treten drei Wochen nach Zugang der Verständigung in Kraft. Stationäre *Heilbehandlungen*, die vor Wirksamwerden des Widerrufs begonnen haben, sind von diesem nicht betroffen. Der Versicherungsnehmer ist besonders darauf hinzuweisen, wenn die Allianz überhaupt keine Vertragskrankenhäuser mehr hat, sodass die *Kostengarantie*

mit *Direktverrechnung* gegenstandslos geworden ist.

c) Nach einer Änderung der vereinbarten Mehrkosten der Sonderklasse (Zweibettzimmer) erfolgt eine Anpassung der Versicherung gemäß Kapitel 2.7.5 „Wertanpassung“. Lehnt der Versicherungsnehmer die Vertragsänderung ab, so erlischt die *Kostengarantie* mit *Direktverrechnung* einen Monat nach Zugehen der Verständigung.

d) Die *Kostengarantie* gilt bis 31.03. des jeweiligen Jahres und kann unter Einhaltung einer Frist von drei Wochen frühestens mit Wirkung ab 01.04. des jeweiligen Jahres widerrufen werden. Das geschieht zum Beispiel dann, wenn mit den Krankenhausträgern keine neuen Verträge zu Stande kommen. Wenn die *Kostengarantie* widerrufen wird, erfolgt die Erstattung von Leistungsfällen, die nach dem Widerruf der *Kostengarantie* eingetreten sind, gemäß Punkt (7) „Tarifliche Leistungen“.

(5) Tagesklinische Behandlungen und Aufenthalte

a) Tagesklinische Behandlungen und Aufenthalte stehen unter Versicherungsschutz, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- die Art und die Durchführung der *Heilbehandlung* erfordert einen stationären Krankenhausaufenthalt
- die versicherte Person wird noch am Tag der Aufnahme wieder aus dem Krankenhaus entlassen
- für die *Heilbehandlung* wird die Infrastruktur einer Abteilung des aufgesuchten Krankenhauses in Anspruch genommen (z.B. Benutzung eines OP-Saales, Aufnahme in einer Bettenstation).

b) Wenn der tagesklinische Aufenthalt /die tagesklinische Behandlung in einem *Vertragskrankenhaus* erfolgt und Sie bei der Aufnahme im Krankenhaus einen Auftrag zur *Direktverrechnung* erteilt haben, so werden die Mehrkosten für die tagesklinische Behandlung in voller Höhe von uns übernommen (*Kostengarantie mit Direktverrechnung*), soweit die unter Punkt (5) a) genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(6) Europagarantie

a) Für alle Staaten die auf der „Europaliste“ angeführt sind (Sie finden die Europaliste im Abschnitt 6 „Anhänge“, Anhang 2“) gilt die Europagarantie in der folgenden Form: Bei Aufenthalt in der Sonderklasse (Zweibettzimmer) eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses oder einer privaten Krankenanstalt werden die *Hauskosten*, Operationskosten und

Arzthonorare der Sonderklasse zur Gänze übernommen, sofern diese den ortsüblichen Kosten entsprechen. Eine *Direktverrechnung* ist dann möglich, wenn das Krankenhaus oder die private Krankenanstalt einer solchen zustimmt.

b) Für alle Staaten die nicht auf der „Europaliste“ angeführt sind (Sie finden die Europaliste im Abschnitt 6 „Anhänge“, Anhang 2“) oder sofern Punkt (4) „*Kostengarantie mit Direktverrechnung in Österreich*“ nicht zur Anwendung kommt, besteht keine Kostengarantie mit *Direktverrechnung*.

(7) Tarifliche Leistungen

Für Versicherungsfälle, die nicht unter die „*Kostengarantie mit Direktverrechnung in Österreich*“ gemäß Punkt (4) bzw. „*Europagarantie*“ gemäß Punkt (6) fallen, kann keine *Direktverrechnung* angewendet werden. Stattdessen werden Ihnen *tarifliche Leistungen* erstattet. Die *tariflichen Leistungen* unterscheiden sich danach, ob bei Ihnen ein operativer Eingriff durchgeführt wurde (in diesem Fall wird die „*Leistung im operativen Fall*“ erstattet) oder kein operativer Eingriff durchgeführt wurde (in diesem Fall wird die „*Leistung im nicht operativen Fall*“ erstattet).

Zu den *tariflichen Leistungen* zählen neben der „*Leistung im operativen Fall*“ bzw. der „*Leistung im nicht operativen*

Fall“ auch die Kosten für *Arzneimittel* und die Fallpauschale. Da die *tariflichen Leistungen* durch maximale Leistungssummen limitiert sind, kann es sein, dass die Behandlungskosten, die Ihnen das Krankenhaus in Rechnung stellt, höher sind als die *tariflichen Leistungen*, die wir Ihnen erstatten. In diesem Fall müssen Sie für die Restkosten selbst aufkommen (keine *Kostengarantie*). Die Höhe der maximalen Leistungssummen entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde.

a) Leistung im operativen Fall

Operativer Fall bedeutet, dass ein (oder mehrere) chirurgische/r Eingriff/e im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthalts zur Diagnose oder Therapie einer *Erkrankung* oder einer Verletzung stattgefunden hat/haben. Im operativen Fall erstatten wir Ihnen die Tageskosten und die Operationskosten.

- Zu den Tageskosten im operativen Fall gehören nur die *Hauskosten* (Pflege-, Anstaltsgebühren und dgl.).
- 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.

- Bei gleichzeitiger Ausführung mehrerer Operationen wird die am höchsten einzustufende Operation zu 100% der festgelegten *tariflichen Leistungen* übernommen. Jede weitere Operation wird mit höchstens 50% der festgelegten *tariflichen Leistungen* erstattet. Insgesamt wird maximal 200% der am höchsten einzustufenden Operationsgruppe erstattet.

Für Operationen, die grundsätzlich einen stationären Aufenthalt erfordern, jedoch in einer Tagesklinik, ambulant in einem Krankenhaus oder in der Ordination eines Arztes durchgeführt werden, gelten die Bestimmungen gemäß Punkt iii) in analoger Form. Die Einstufung von Operationen erfolgt gemäß dem zuletzt mit der Wiener Ärztekammer vereinbarten Operationsgruppenschema.

b) Leistung im nicht operativen Fall

Nicht operativer Fall bedeutet, dass ausschließlich eine konservative Therapie (Behandlung eines Krankheitszustandes mit Hilfe medikamentöser Therapie/n und/oder physikalischer Maßnahmen) und keine Operation/en im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthaltes stattgefunden haben. Im nicht operativen Fall erstatten wir Ihnen die Tageskosten.

Die Leistung von Tageskosten im nicht operativen Fall umfasst die zu bezahlenden *Hauskosten* (Pflege-, Anstaltsgebühren und dgl.), Arztleistungen und physikalische Behandlung.

c) Arzneimittel

Die Kosten der im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung* benötigten, dem Arzneimittelgesetz entsprechenden und aus einer Apotheke bezogenen *Arzneimittel* werden erstattet. Nicht erstattet werden die Kosten für alle nicht in Österreich registrierten *Arzneimittel*. Bei Arzneimittelbezug im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung* im Ausland gelten hinsichtlich der Registrierung die jeweiligen örtlichen Vorschriften.

d) Fallpauschale

Wenn Ihre Behandlungskosten die maximale Leistungssumme für die „Leistung im operativen Fall“ bzw. die „Leistung im nicht operativen Fall“ übersteigen, so steht Ihnen zusätzlich die „Fallpauschale“ zur Verfügung, für die ebenfalls eine maximale Leistungssumme definiert ist. Die Höhe der maximalen Leistungssummen entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde.

(8) Weitere Leistungen

a) Ersatztagegeld

Wenn Sie bei einer stationären oder tagesklinischen *Heilbehandlung* die Sonderklasse nicht in Anspruch nehmen (ausgenommen (c) Transportkosten, (d) *Bergungskosten*, (e) Begleitperson), d.h. Ihren Aufenthalt in der Allgemeinen Gebührenklasse verbringen, erhalten Sie für jeden Aufenthaltstag die Ersatzleistung „Ersatztagegeld“.

b) Zuschuss für Kur und Rehabilitation

Der Zuschuss für Kur und Rehabilitation wird erbracht, wenn ein Sozialversicherungsträger die versicherte Person in ein *Kur-* oder Erholungsheim oder *Rehabilitationszentrum* einweist bzw. einen Zuschuss bewilligt. Als Zuschuss des Sozialversicherungsträgers ist ein Zuschuss zu den Kosten eines *Kur-* oder Erholungsaufenthaltes bzw. *Rehabilitationsaufenthaltes* außerhalb des Hauptwohnsitzes anzusehen, nicht der Ersatz von Behandlungskosten allein. Für einen Aufenthalt im *Rehabilitationszentrum* beträgt die maximale Leistungsdauer 60 Tage, in allen anderen Fällen 30 Tage.

c) Transportkosten

Transportkosten werden erstattet bei einem *medizinisch notwendigen* Transport zu einer stationären *Heilbehandlung* in einer Krankenanstalt sowie für den Transport nach Hause. Wenn ein Anspruch gegenüber Dritten besteht (z.B. gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung), wird die Höhe dieses Anspruchs von der Erstattungssumme abgezogen.

d) Bergungskosten

Bergungskosten werden erstattet, wenn ein *Versicherungsfall* gemäß Punkt (1) „Was ist versichert?“ eingetreten ist. Wenn ein Anspruch gegenüber Dritten besteht (z.B. gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung), wird die Höhe dieses Anspruchs von der Erstattungssumme abgezogen.

e) Begleitperson

Bei einem Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres werden die vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Kosten für eine Begleitperson in voller Höhe übernommen, und zwar auch dann, wenn die Begleitperson nicht versichert ist. Die Leistung für die Begleitperson wird ausschließlich aus dem aufrechten Paket der minderjährigen Person erbracht und nicht aus einem aufrechten Paket eines Elternteils.

(9) Was ist nicht versichert?

(A) Kein Versicherungsschutz besteht für

- a) vor Versicherungsbeginn entstandene *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen. Jedenfalls vom Versicherungsschutz ausgenommen sind *Heilbehandlungen*, die vor Versicherungsbeginn durchgeführt wurden.
- b) *Krankheiten* und *Unfallfolgen*, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, sowie zum Zeitpunkt der Antragstellung geplante Behandlungen sind nur dann vom Versicherungsschutz umfasst, wenn sie bei Antragstellung angegeben wurden und in der Versicherungsurkunde keine diesbezüglichen Leistungsausschlüsse dokumentiert sind.

c) kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von *Unfallfolgen* dienen.

d) alle Maßnahmen, die ausschließlich auf die Pflege, aber nicht auf die Diagnose und Therapie von *Erkrankungen* ausgerichtet sind. Hierzu gehören zum Beispiel die Unterbringung in ein Pflegeheim, die Hauspflege und die Kosten für Pflegefachkräfte.

e) alle Formen der künstlichen Befruchtung (z.B. In-Vitro-Befruchtung, Insemination).

f) *Krankheiten und Unfälle* sowie deren Folgen, die aufgrund von *Abhängigkeitserkrankungen* (z.B. Alkohol-, Suchtgift- oder Medikamentenmissbrauch) eintreten oder verschlechtert werden oder deren *Heilbehandlung* infolge Missbrauches wesentlich erschwert ist, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren.

g) Anhaltung und Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung.

h) die Folgen von Selbstmordversuchen.

i) *Krankheiten und Unfälle* einschließlich deren Folgen, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt wurden.

j) *Krankheiten und Unfälle* sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen.

k) *Krankheiten und Unfälle* sowie deren Folgen, die durch Kriegsergebnisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzung, entstehen.

(B) Kein Versicherungsschutz besteht für die Heilbehandlung von Krankheiten und Unfallfolgen, die vom Versicherungsnehmer bzw. von der versicherten Person vor Abschluss des Versicherungsvertrages angegeben wurden, und für die ein Leistungsabschluss in der Versicherungsurkunde vereinbart wurde.

(C) Es besteht kein Versicherungsschutz für Aufenthalte in folgenden Krankenanstalten (einschließlich deren Abteilungen, Departments und Fachschwerpunkten):

a) die vornehmlich für Maßnahmen der *Rehabilitation* eingerichtet sind.

b) für *Abhängigkeitserkrankungen*.

c) in militärischen Krankenanstalten, das sind vom Bund betriebene Krankenanstalten, die in unmittelbarem und überwiegendem Zusammenhang mit der Erfüllung der Aufgaben des Bundesheeres stehen.

d) die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten.

e) in *Kuranstalten*, Erholungs-, Diät- und Genesungsheimen.

f) die vornehmlich für Maßnahmen der Prävention eingerichtet sind.

g) für die Langzeitversorgung von chronisch Kranken.

h) in Alten- und Pflegeheimen bzw. Zentren für Geriatrie.

i) in provisorischen medizinischen Versorgungseinrichtungen (darunter fallen zum Beispiel Hallen, Container und Zelte) für Erkrankte und Krankheitsverdächtige im Rahmen und für die Dauer einer Pandemie.

j) in selbstständigen Ambulatorien, das sind organisatorisch selbstständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen.

Die unter Punkt (C) genannten Ausschlüsse gelten nicht für Notfälle oder akut notwendige Behandlungen. In diesen besonderen Situationen ist das Aufsuchen einer unter Punkt (C) angeführten Krankenanstalt zulässig und steht unter Versicherungsschutz.

(D) Es besteht für nachstehende Aufenthalte kein Anspruch auf Ersatztagelohn

a) in Krankenanstalten (bzw. den entsprechenden Abteilungen, Departments und Fachschwerpunkten) für psychische *Erkrankungen* bzw. psychiatrische Behandlungen.

b) in Einrichtungen (Anstalten, Abteilungen, Departments und Fachschwerpunkten) für Psychosomatik, Zentren für seelische Gesundheit bzw. für psychosomatische Behandlungen.

c) für tagesklinische Behandlungen und Aufenthalte, die keine Übernachtung im Krankenhaus erfordern.

(E) Es besteht kein Versicherungsschutz für besondere Honorare gemäß § 46 (1) Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (der entsprechende Paragraph aus dem KAKuG ist nachfolgend angeführt) sind nicht im Versicherungsschutz enthalten.

§ 46 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG): (1) Den Vorständen von Universitätskliniken und den Leitern von Klinischen Abteilungen (§ 7 a) ist es gestattet, mit Pflegenden der Sonderklasse und mit Personen, die auf eigene Kosten ambulant behandelt werden, unbeschadet der Verpflichtung dieser Personen zur Entrichtung der Pflege- und Sondergebühren ein besonderes Honorar zu vereinbaren, wenn diese

Personen auf ihren Wunsch durch den Klinikvorstand oder Leiter der Klinischen Abteilung persönlich behandelt werden.

(F) Es besteht kein Versicherungsschutz für:

(a) Unfälle infolge einer Krankheit (z.B. Unfall infolge eines Herzinfarktes)

(b) Unfallfolgebehandlungen nach Ablauf von 5 Jahren ab dem Unfall.

(c) Unfälle, bei denen gegenüber dem Unfallereignis bereits vorbestehende Krankheiten bei der Gesundheits-schädigung oder den Unfallfolgen mitgewirkt haben (z.B. vorbestehende Gelenksarthrose).

(d) Bauch- oder Unterleibsbrüche, Bandscheibenhernien, Fehl- und Frühgeburten, Infektionskrankheiten (ausgenommen Kinderlähmung, FSME, Borreliose, Wundstarrkrampf, Tollwut), die durch einen Unfall herbeigeführt oder verschlechtert worden sind.

(e) Unfälle infolge der Beteiligung an motorsportlichen Wettbewerben (auch Wertungsfahrten und Rallies) und den dazugehörigen Trainingsfahrten.

(f) Unfälle infolge der Ausübung von allen Kampfsportarten und Kampfkunstarten.

(g) Unfälle infolge der Ausübung von Extremsportarten, insbesondere Free Solo-Klettern, Base- Jumping, Cliff-Diving, Slack-lining in großer Höhe, Inline Speedskating, Downhill-Skating, Downhill-Biking, Tauchen in mehr als 40 Meter Tiefe oder bei Tauchgängen unter besonders gefährlichen Verhältnissen (z.B. Apnoe-Tauchen).

(h) Unfälle infolge der berufsmäßigen Sportausübung bzw. der Betätigung als Hochleistungssportler (regelmäßige Teilnahme an Bundes- oder internationalen Wettbewerben).

(i) bei Unfällen, die bei der Benutzung von Explosivkörpern, die gesetzlich verboten sind bzw. für die keine ausreichende behördliche Genehmigung vorliegt, bzw. die versicherte Person nicht zur Benutzung gesetzlich oder behördlich berechtigt ist, entstehen.

(j) Unfälle, die mittelbar oder unmittelbar durch jegliche Einwirkung von Atomwaffen, chemischen, biochemischen, biologischen oder elektromagnetischen Waffen, Kernenergie sowie jegliches radioaktives Material oder den Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes verursacht oder beeinflusst werden.

(G) In Abgrenzung zu den in Punkt (1) c) „Was ist versichert?“ genannten Sachverhalten besteht kein Versicherungsschutz für

a) Maßnahmen zur Feststellung von bösartigen Neubildungen bzw. zur Feststellung der Notwendigkeit einer Operation wie zum Beispiel Probebiopsien, Stanzungen, Labor und bildgebende Diagnostik (Ultraschall, Röntgen, CT, MRT)

b) Entfernung von Polypen (Polypektomien)

c) sowie sämtliche Nachkontrollen.

2.2.3. SONDERKLASSE – EXTRA

(1) Was ist versichert?

a) Die versicherte Person hat im *Versicherungsfall* Anspruch auf Versicherungsschutz. Ihr konkreter Versicherungsschutz ist festgelegt durch die Versicherungsurkunde und die anwendbaren Versicherungsbedingungen des Abschnitts 2 des vorliegenden Dokuments „Meine Gesundheitsversicherung – Einfach erklärt“.

b) Unter Versicherungsschutz stehen *medizinisch notwendige Heilbehandlungen* im Rahmen eines stationär notwendigen Aufenthaltes infolge einer *Krankheit*.

c) Unter Versicherungsschutz stehen *medizinisch notwendige Heilbehandlungen* im Rahmen eines stationär notwendigen Aufenthaltes infolge eines Unfalls, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

d) Unter Versicherungsschutz stehen unter Beachtung der *Wartezeit* (siehe Kapitel 2.1 „Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes“, Punkt (8)), *medizinisch notwendige Heilbehandlungen* im Rahmen eines stationär notwendigen

Aufenthaltes infolge einer Schwangerschaft und stationäre Aufenthalte zur Entbindung.

e) Unter Versicherungsschutz stehen kosmetische Operationen im Rahmen eines stationär notwendigen Aufenthaltes, wenn uns eine Bewilligung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Übernahme der Kosten in der allgemeinen Gebührenklasse im Vorfeld des Eingriffes vorgelegt wird.

f) Unter Versicherungsschutz stehen prophylaktische (vorbeugende) Operationen im Rahmen eines stationär notwendigen Aufenthaltes, wenn uns eine Bewilligung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Übernahme der Kosten in der allgemeinen Gebührenklasse im Vorfeld des Eingriffes vorgelegt wird und Sie seit mehr als 3 Jahren (ab Versicherungsbeginn) das Paket Sonderklasse – Extra versichert haben.

g) Versicherungsschutz gemäß Punkt (1) b) bis Punkt (1) f) besteht nur bei stationär notwendigen Aufenthalten in nach dem Krankenanstaltengesetz genehmigten Allgemeinen Krankenanstalten und Privatkrankenanstalten zur Akut- bzw. *Kurzzeitversorgung*.

(2) Voranfragepflicht

Voraussetzung für die Übernahme der Mehrkosten für die stationäre *Heilbehandlung* in der Sonderklasse für die in Punkt (1) e) und (1) f) genannten Sachverhalte ist, dass wir diese vor Beginn der Behandlung in geschriebener Form zugesagt haben.

Das bedeutet vor einem geplanten Krankenhausaufenthalt: Setzen Sie sich mit unserem Kundenservice mindestens 7 Tage vor Ihrer Behandlung, unter Beilage aller medizinischen Unterlagen, in Verbindung und wir prüfen, ob ein *Versicherungsfall* vorliegt, der von Ihrem Versicherungsschutz umfasst ist.

(3) Kostengarantie mit Direktverrechnung in Österreich

a) Wenn Sie sich in einem *Vertragskrankenhaus* behandeln lassen und bei der Aufnahme im Krankenhaus einen Auftrag zur *Direktverrechnung* erteilt haben, wird das Krankenhaus die Mehrkosten für die stationäre *Heilbehandlung* in der Sonderklasse (Zweibettzimmer) direkt mit uns abrechnen, ohne dass Sie in Vorleistung treten müssen. Die entstandenen Mehrkosten für die stationäre *Heilbehandlung* in der Sonderklasse (Zweibettzimmer) werden in voller Höhe von uns übernommen (*Kostengarantie mit Direktverrechnung*). Abgesehen von einem etwaigen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt entstehen Ihnen keine Kosten für die

h) Die unter Punkt (1) g) genannten nach dem Krankenanstaltengesetz genehmigten Krankenanstalten sind in bettenführenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkten organisiert, arbeiten ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und verfügen über eine Unterbringungskategorie, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entspricht (Sonderklasse).

i) Als stationär notwendig gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der *Heilbehandlung* einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert und eine *ambulante Heilbehandlung* aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

j) Als *medizinisch notwendig* gilt ein stationärer Aufenthalt insbesondere nicht, wenn er lediglich im Mangel an häuslicher Pflege oder sonstigen persönlichen Verhältnissen der versicherten Person begründet ist.

k) Unter Versicherungsschutz stehen darüber hinaus verschiedene Leistungen, die keinen stationär notwendigen Aufenthalt voraussetzen. Sie finden diese Leistungen unter Punkt (8) f) bis (8) j).

stationäre *Heilbehandlung* in der Sonderklasse Zweibettzimmer (*Kostengarantie*).

Die Liste mit unseren *Vertragskrankenhäusern* finden Sie im Abschnitt 6 „Anhänge“, Anhang 3.

b) Änderungen der in Punkt (3) a) genannten Liste der *Vertragskrankenhäuser* werden dem Versicherungsnehmer in geschriebener Form bekanntgegeben. Sie treten drei Wochen nach Zugang der Verständigung in Kraft. Stationäre *Heilbehandlungen*, die vor Wirksamwerden des Widerrufs begonnen haben, sind von diesem nicht betroffen. Der Versicherungsnehmer ist besonders darauf hinzuweisen, wenn die Allianz überhaupt keine *Vertragskrankenhäuser* mehr hat, sodass die *Kostengarantie* gegenstandslos geworden ist.

c) Nach einer Änderung der vereinbarten Mehrkosten der Sonderklasse (Zweibettzimmer) erfolgt eine Anpassung der Versicherung gemäß Kapitel 2.7.5 „Wertanpassung“. Lehnt der Versicherungsnehmer die Vertragsänderung ab, so erlischt die *Kostengarantie* mit *Direktverrechnung* einen Monat nach Zugehen der Verständigung.

d) Die *Kostengarantie* gilt bis 31.03. des jeweiligen Jahres und kann unter Einhaltung einer Frist von drei

Wochen frühestens mit Wirkung ab 01.04. des jeweiligen Jahres widerrufen werden. Das geschieht zum Beispiel dann, wenn mit den Krankenhausträgern keine neuen Verträge zu Stande kommen. Wenn die *Kostengarantie* widerrufen wird, erfolgt die Erstattung von Leistungsfällen, die nach dem Widerruf der *Kostengarantie* eingetreten sind, gemäß Punkt (7) „Tarifliche Leistungen“.

(4) Tagesklinische Behandlungen und Aufenthalte

a) Tagesklinische Behandlungen und Aufenthalte stehen unter Versicherungsschutz, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- die Art und die Durchführung der *Heilbehandlung* erfordert einen stationären Krankenhausaufenthalt
- die versicherte Person wird noch am Tag der Aufnahme wieder aus dem Krankenhaus entlassen
- für die *Heilbehandlung* wird die Infrastruktur einer Abteilung des aufgesuchten Krankenhauses in Anspruch genommen (z.B. Benutzung eines OP-Saales, Aufnahme in einer Bettenstation).

b) Wenn der tagesklinische Aufenthalt/die tagesklinische Behandlung in einem *Vertragskrankenhaus* erfolgt und Sie bei der Aufnahme im

Krankenhaus einen Auftrag zur *Direktverrechnung* erteilt haben, so werden die Mehrkosten für die tagesklinische Behandlung in voller Höhe von uns übernommen (*Kostengarantie* mit *Direktverrechnung*), soweit die unter Punkt (4) a) genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(5) Europagarantie

a) Für alle Staaten die auf der „Europaliste“ angeführt sind (Sie finden die Europaliste im Abschnitt 6 „Anhänge“, Anhang 2) gilt die Europagarantie in der folgenden Form: Bei Aufenthalt in der Sonderklasse (Zweibettzimmer) eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses oder einer privaten Krankenanstalt werden die *Hauskosten*, *Operationskosten* und *Arzthonorare* der Sonderklasse zur Gänze übernommen, sofern diese den ortsüblichen Kosten entsprechen. Eine *Direktverrechnung* ist dann möglich, wenn das Krankenhaus oder die private Krankenanstalt einer solchen zustimmt.

b) Für alle Staaten die nicht auf der „Europaliste“ angeführt sind (Sie finden die Europaliste im Abschnitt 6 „Anhänge“, Anhang 2“) oder sofern Punkt (3) „*Kostengarantie* mit *Direktverrechnung* in Österreich“ nicht zur Anwendung kommt, besteht keine *Kostengarantie* und keine *Direktverrechnung*.

(6) Weltweite Kostengarantie

a) Wenn eine stationäre *Heilbehandlung* in Österreich nicht durchgeführt werden kann, haben Sie die Möglichkeit ein Krankenhaus außerhalb von Österreich für die Behandlung aufzusuchen.

Wenn Sie Krankenhausleistungen im Ausland in Anspruch nehmen wollen, die nicht unter Punkt (5) „Europagarantie“ fallen, ist eine Voranfrage bei uns erforderlich. Wenn wir die Genehmigung erteilt haben, werden wir Sie über die weitere Vorgehensweise in geschriebener Form informieren. Wir werden Ihnen alle Kosten, darunter fallen die *Hauskosten*, *Operationskosten* und *Arzthonorare*, die Reise- und ggf. Übernachtungskosten erstatten.

Wenn Sie keine Voranfrage an uns gerichtet haben bzw. wir Ihnen die Zusage nicht im Vorfeld erteilt haben, besteht lediglich Anspruch im Rahmen der *tariflichen Leistungen* gemäß Punkt (7). Übersteigen die vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Kosten die *tariflichen Leistungen*, kann es sein, dass Mehrkosten für Sie entstehen, die wir Ihnen nicht erstatten werden.

b) Weltweite *Kostengarantie* für Behandlungen wegen eines *Unfalles* oder einer akut auftretenden Erkrankung während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes. Nimmt die versicherte Person eine Behandlung wegen eines *Unfalles* oder einer akut auftretenden Erkrankung während eines vorübergehenden Aufenthaltes in einem Krankenhaus außerhalb Österreichs in Anspruch, so werden die *Hauskosten*, Operationskosten und Arzthonorare der Sonderklasse zur Gänze übernommen. Die *Kostengarantie* gilt für die ersten 62 Tage jeder Reise.

(7) Tarifliche Leistungen

Für Versicherungsfälle, die nicht unter die „*Kostengarantie* mit *Direktverrechnung* in Österreich“ gemäß Punkt (3), „*Europagarantie*“ gemäß Punkt (5) bzw. „*Weltweite Kostengarantie*“ gemäß Punkt (6) fallen, kann keine *Direktverrechnung* angewendet werden. Stattdessen werden Ihnen *tarifliche Leistungen* erstattet.

Die *tariflichen Leistungen* unterscheiden sich danach, ob bei Ihnen ein operativer Eingriff durchgeführt wurde (in diesem Fall wird die „*Leistung im operativen Fall*“ erstattet) oder kein operativer Eingriff durchgeführt wurde (in diesem Fall wird die „*Leistung im nicht operativen Fall*“ erstattet)

Zu den *tariflichen Leistungen* zählen neben der „*Leistung im operativen Fall*“ bzw. der „*Leistung im nicht operativen Fall*“ auch Leistung bei Entbindung, Kosten für *Arzneimittel* und die *Fallpauschale*. Da die *tariflichen Leistungen* durch maximale Leistungssummen limitiert sind, kann es sein, dass die *Behandlungskosten*, die Ihnen das Krankenhaus in Rechnung stellt, höher sind als die *tariflichen Leistungen*, die wir Ihnen erstatten. In diesem Fall müssen Sie für die Restkosten selbst aufkommen (keine *Kostengarantie*). Die Höhe der maximalen Leistungssummen entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde.

a) Leistung im operativen Fall

Operativer Fall bedeutet, dass ein (oder mehrere) chirurgische/r Eingriff/e im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthaltes zur Diagnose oder Therapie einer Erkrankung oder einer Verletzung stattgefunden hat/haben. Im operativen Fall erstatten wir Ihnen die Tageskosten und die Operationskosten.

- i. Zu den Tageskosten im operativen Fall gehören nur die *Hauskosten* (Pflege-, Anstaltsgebühren und dgl.).
- ii. 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;

weitere die mit der Operation zusammenhängenden gesondert in Rechnung gestellten *Sachkosten*.

- iii. Bei gleichzeitiger Ausführung mehrerer Operationen wird die am höchsten einzustufende Operation zu 100 % der festgelegten *tariflichen Leistungen* übernommen. Jede weitere Operation wird mit höchstens 50 % der festgelegten *tariflichen Leistungen* erstattet. Insgesamt wird maximal 200 % der am höchsten einzustufenden Operationsgruppe erstattet.

Für Operationen, die grundsätzlich einen stationären Aufenthalt erfordern, jedoch in einer Tagesklinik, ambulant in einem Krankenhaus oder in der Ordination eines Arztes durchgeführt werden, gelten die Bestimmungen gemäß Punkt iii) in analoger Form. Die Einstufung von Operationen erfolgt gemäß dem zuletzt mit der Wiener Ärztekammer vereinbarten Operationsgruppenschema.

b) Leistung im nicht operativen Fall

Nicht operativer Fall bedeutet, dass ausschließlich eine konservative Therapie (Behandlung eines Krankheitszustandes mit Hilfe medikamentöser Therapie/n und/oder physikalischer Maßnahmen) und keine Operation/en im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthaltes stattgefunden haben.

Im nicht operativen Fall erstatten wir Ihnen die Tageskosten.

Die Leistung von Tageskosten im nicht operativen Fall umfasst die zu bezahlenden *Hauskosten* (Pflege-, Anstaltsgebühren und dgl.), Arztleistungen und physikalische Behandlung.

c) Leistung bei Entbindung

Für nicht operative Entbindungen werden die Tageskosten im nicht operativen Fall gemäß Punkt (7) b) erstattet und falls anwendbar zusätzlich die *Fallpauschale* gemäß Punkt (7) e). Für operative Entbindungen werden die Tageskosten im operativen Fall gemäß Punkt (7) a) und Operationskosten gemäß Punkt (7) a) erstattet. Falls anwendbar wird zusätzlich die *Fallpauschale* gemäß Punkt (7) e) erstattet.

d) Arzneimittel

Die Kosten der im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung* benötigten, dem *Arzneimittelgesetz* entsprechenden und aus einer Apotheke bezogenen *Arzneimittel* werden erstattet. Nicht erstattet werden die Kosten für alle nicht in Österreich registrierten *Arzneimittel*. Bei *Arzneimittelbezug* im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung* im Ausland gelten hinsichtlich der Registrierung die jeweiligen örtlichen Vorschriften.

e) Fallpauschale

Wenn Ihre Behandlungskosten die maximale Leistungssumme für die „Leistung im operativen Fall“ bzw. die „Leistung im nicht operativen Fall“ übersteigen, so steht Ihnen zusätzlich die „Fallpauschale“ zur Verfügung, für die ebenfalls eine maximale Leistungssumme definiert ist.

Die Höhe der maximalen Leistungssummen entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde.

Das Ersatztagegeld kann nicht zusätzlich zum Entbindungsgeld bezogen werden. Sofern der Krankenhausaufenthalt so lange dauert, dass die Höhe der Ersatzleistung „Ersatztagegeld“ höher ausfällt als die Höhe der Ersatzleistung „Entbindungsgeld“, so wird das Ersatztagegeld ausbezahlt.

c) Begleitperson

Bei einem Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres werden die vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Kosten für eine Begleitperson in voller Höhe übernommen, und zwar auch dann, wenn die Begleitperson nicht versichert ist. Die Leistung für die Begleitperson wird ausschließlich aus dem aufrechten Paket der minderjährigen Person erbracht und nicht aus einem aufrechten Paket eines Elternteils.

d) Transportkosten

Transportkosten werden erstattet bei einem *medizinisch notwendigen* Transport zu einer stationären *Heilbehandlung* in einer Krankenanstalt sowie für den Transport nach Hause. Wenn ein Anspruch gegenüber Dritten besteht (z.B. gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung), wird die Höhe dieses Anspruchs von der Erstattungssumme abgezogen.

(8) Weitere Leistungen**a) Ersatztagegeld**

Wenn Sie bei einer stationären oder tagesklinischen *Heilbehandlung* die Sonderklasse nicht in Anspruch nehmen (ausgenommen c) Begleitperson, d) Transportkosten, e) Bergungskosten), d.h. Ihren Aufenthalt in der Allgemeinen Gebührenklasse verbringen, erhalten Sie für jeden Aufenthaltstag die Ersatzleistung „Ersatztagegeld“.

b) Entbindungsgeld

Bei Entbindungen in der Allgemeinen Gebührenklasse eines Krankenhauses, wenn keinerlei Kosten entstehen oder in ambulanten geburtshilflichen Einrichtungen oder bei Entbindungen daheim wird das Entbindungsgeld geleistet.

e) Bergungskosten

Bergungskosten werden erstattet, wenn ein *Versicherungsfall* gemäß Punkt. (1) „Was ist versichert?“ eingetreten ist. Wenn ein Anspruch gegenüber Dritten besteht (z.B. gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung), wird die Höhe dieses Anspruchs von der Erstattungssumme abgezogen.

f) Zuschuss für Kur und Rehabilitation

Der Zuschuss für Kur und Rehabilitation wird erbracht, wenn ein Sozialversicherungsträger die versicherte Person in ein *Kur-* oder *Erholungsheim* oder *Rehabilitationszentrum* einweist bzw. einen Zuschuss bewilligt. Als Zuschuss des Sozialversicherungsträgers ist ein Zuschuss zu den Kosten eines *Kur-* oder *Erholungsaufenthaltes* bzw. *Rehabilitationsaufenthaltes* außerhalb des Hauptwohnsitzes anzusehen, nicht der Ersatz von Behandlungskosten allein. Für einen Aufenthalt im *Rehabilitationszentrum* beträgt die maximale Leistungsdauer 60 Tage, in allen anderen Fällen 30 Tage.

g) Palliativtagegeld

Bei einem stationärem Aufenthalt in einer *Palliativstation* oder einem Hospiz wird für jeden Aufenthaltstag das Palliativtagegeld geleistet. Die maximale Leistungsdauer für

einen Aufenthalt beträgt 30 Tage. Das Ersatztagegeld wird in diesem Fall nicht zusätzlich geleistet. Die Leistung steht jeder versicherten Person nur einmal während der gesamten Versicherungsdauer zur Verfügung.

h) Pauschale bei bösartigen Neubildungen

Die Pauschale bei bösartigen Neubildungen (Krebs) wird geleistet, wenn die versicherte Person nachweislich an einem malignen Tumor erkrankt. Die Leistung steht jeder versicherten Person nur einmal während der gesamten Versicherungsdauer zur Verfügung.

i) Ärztliche Zweitmeinung (second opinion)

Wird der versicherten Person nachweislich eine Operation durch einen Arzt (Erstbehandler) empfohlen, die eine *medizinisch notwendige Heilbehandlung* darstellt, wird auf Wunsch Kostenersatz für eine ärztliche Zweitmeinung (second opinion) bei einem anderen, frei wählbaren niedergelassenen Facharzt übernommen. Die Leistung wird einmal pro Anlassfall erbracht.

j) Psychologische Beratung bei bestimmten Diagnosen

Die Kosten unmittelbarer psychologischer Notfallbetreuung durch geeignete, in Österreich dafür zugelassene Personen (z.B. Psychotherapeuten, klinische Psychologen) werden bei folgenden nachweislich vorliegenden Diagnosen übernommen: HIV, Aids, Krebs, Multiple Sklerose und Querschnittlähmung.

(9) Selbstbehalt

a) Tritt ein *Versicherungsfall* ein, so wird pro Kalenderjahr und pro versicherter Person grundsätzlich ein Selbstbehalt zur Anrechnung gebracht. Die Höhe des Selbstbehaltes ergibt sich aus der Versicherungsurkunde.

Der Selbstbehalt gilt für jedes begonnene Kalenderjahr in voller Höhe. Erstreckt sich ein Aufenthalt über den Jahreswechsel, wird der Selbstbehalt nur einmal verrechnet und zwar für das Jahr der Krankenhausaufnahme. Bei unterschiedlich hohem Selbstbehalt während eines Kalenderjahres gilt der zum Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme gültige Selbstbehalt.

b) Die Höhe des Selbstbehalts ist davon abhängig, in welchem Bundesland sich die aufgesuchte Krankenanstalt befindet und ist der Versicherungsurkunde zu entnehmen. Bei Aufenthalt in einem ausländischen Krankenhaus wird der Selbstbehalt für Wien verrechnet. Bei mehreren selbstbehaltspflichtigen Krankenhausaufenthalten in verschiedenen Bundesländern in einem Jahr wird beim Aufenthalt in einem Bundesland mit höherem Selbstbehalt der schon vorher geleistete Selbstbehalt angerechnet.

c) Der Selbstbehalt wird nicht verrechnet bei:

- i. Krankenhausaufenthalten bis zu 4 Tagen
- ii. *Unfallheilbehandlungen* und deren Folgebehandlungen, die innerhalb von 5 Jahren nach dem ursprünglichen *Unfall* stattfinden
- iii. Schwangerschaft und Entbindung
- iv. Ambulanten und tagesklinisch durchgeführten Operationen
- v. den Leistungspositionen Ersatztagegeld, Entbindungsgeld, Zuschuss für Kur und Rehabilitation, Pauschale bei bösartigen Neubildungen, Palliativtagegeld, ärztliche Zweitmeinung (second opinion) und der psychologischen Beratung bei bestimmten *Erkrankungen*

- vi. Transportkosten
- vii. Begleitpersonskosten, wenn für den Aufenthalt des Kindes ausschließlich Ersatztagegeld geleistet wurde
- viii. bestimmten schweren *Erkrankungen*, die im Kapitel 2.2.2 „Sonderklasse-Comfort“, unter Punkt (1) c) angeführt sind. In Abgrenzung zu den im Kapitel 2.2.2 „Sonderklasse-Comfort“ im Punkt (1) c) aufgezählten *Erkrankungen* wird bei den folgenden Sachverhalten der Selbstbehalt verrechnet:

- Maßnahmen zur Feststellung von bösartigen Neubildungen bzw. zur Feststellung der Notwendigkeit einer Operation wie zum Beispiel, Probebiopsien, Stanzungen, Labor und bildgebende Diagnostik (Ultraschall, Röntgen, CT, MRT)
- Entfernung von Polypen (Polypektomien)
- sowie sämtliche Nachkontrollen.

d) Wenn wir bei einem Krankenhausaufenthalt die Krankenhauskosten zunächst in voller Höhe übernommen haben, ist der Selbstbehalt vom Versicherungsnehmer innerhalb einer Frist von vier Wochen, gerechnet ab Zugang der Zahlungsaufforderung, zur Gänze zu entrichten. Wird der vorgeschriebene Selbstbehalt innerhalb dieser Frist nicht bezahlt, sind wir berechtigt, eine im Ver-

sicherungsvertrag vereinbarte *Kostengarantie* unter Einhaltung einer Frist von mindestens drei Wochen mit Wirkung für alle unter dem Versicherungsvertrag versicherten Personen zu widerrufen, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung des Selbstbehaltes ohne sein Verschulden verhindert war. Der Widerruf kann bereits mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass er mit Fristablauf wirksam wird.

(10) Babybonus

a) Mit dem „BabyBonus“ besteht die Möglichkeit ein neugeborenes leibliches Kind ohne Überprüfung des Gesundheitszustandes in den Versicherungsvertrag mit einzuschließen.

b) Die Möglichkeit der Mitversicherung des Kindes erstreckt sich auf die Sonderklasse- und Wahlarzt-Pakete. Wenn die versicherte Person das Sonderklasse-Paket Extra versichert hat, kann durch die Aktivierung des Babybonus das Kind ebenfalls in ein Sonderklasse-Paket und /oder Wahlarzt-Paket (sofern ein Wahlarzt-Paket zusätzlich besteht) mit eingeschlossen werden.

Das Paket des Kindes muss nicht dem Paket der versicherten Person entsprechen, darf hinsichtlich des Versicherungsumfanges aber nicht höherwertiger sein. Hat die

versicherte Person beispielsweise das Paket Extra für stationäre *Heilbehandlungen* abgeschlossen, kann für das Kind eine Mitversicherung im Paket Comfort oder Extra für stationäre *Heilbehandlungen* beantragt werden, nicht jedoch für das Paket Max.

c) Zur Inanspruchnahme des Babybonus muss der Einschluss eines neugeborenen Kindes innerhalb von 12 Monaten nach der Geburt erfolgen und in Schriftform beantragt werden. Hierfür benötigen wir eine Willenserklärung des Versicherungsnehmers zur Mitversicherung und den Namen und das Geburtsdatum des Kindes. Wird das neugeborene Kind innerhalb der ersten zwei Monate nach Geburt mit in den Vertrag eingeschlossen, ist das erste *Versicherungsjahr* für das Kind prämienfrei.

d) Erfolgt der Einschluss des Kindes innerhalb der ersten zwei Monate nach der Geburt, erfolgt die Aktivierung des Versicherungsschutzes rückwirkend zum ersten des Geburtsmonats. Erfolgt der Einschluss des Kindes nach Ablauf der zwei Monate (ab Geburt), kann der Versicherungsschutz zum nächsten Monatsersten beantragt werden.

e) Für einen unmittelbar auf die Geburt folgenden bzw. den Aufenthalt zur Geburt verlängernden stationären Aufenthalt des neugeborenen Kindes besteht kein Anspruch auf Ersatztagelohn (z.B. bei Pflege im Brutkasten, Geburtskomplikationen) und zwar auch dann nicht, wenn das neugeborene Kind gemäß Punkt (10) c) fristgerecht zur Mitversicherung angemeldet wurde.

(11) Paketwechsel

a) Risikoprüfungsfreier Umstieg auf das Paket Max:

Ein Umstieg vom Paket Extra auf das Paket Max ist einmalig nach Ablauf der Mindestvertragsdauer zur jeweils nächsten *Hauptfälligkeit* (bis zum Alter 60, Berechnung: aktuelles Jahr minus Geburtsjahr) ohne Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeit möglich. Der Umstieg muss mindestens einen Monat vor der *Hauptfälligkeit* in geschriebener Form vom Versicherungsnehmer beantragt werden.

b) Ein Umstieg vom Paket Extra auf das Paket Comfort ist nicht möglich.

(12) Was ist nicht versichert?

(A) Kein Versicherungsschutz besteht für

a) vor Versicherungsbeginn entstandene *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen. Jedenfalls vom Versicherungsschutz ausgenommen sind *Heilbehandlungen*, die vor Versicherungsbeginn durchgeführt wurden.

b) *Krankheiten* und *Unfallfolgen*, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, sowie zum Zeitpunkt der Antragstellung geplante Behandlungen sind nur dann vom Versicherungsschutz umfasst, wenn sie bei Antragstellung angegeben wurden und in der Versicherungsurkunde keine diesbezüglichen Leistungsausschlüsse dokumentiert sind.

c) kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von *Unfallfolgen* dienen. Versichert bleiben kosmetische Operationen gemäß Punkt (1) e).

d) alle Maßnahmen, die ausschließlich auf die Pflege, aber nicht auf die Diagnose und Therapie von *Erkrankungen* ausgerichtet sind. Hierzu gehören zum Beispiel die Unterbringung in ein Pflegeheim, die Hauspflege und die Kosten für Pflegefachkräfte.

e) alle Formen der künstlichen Befruchtung (z.B. In-Vitro-Befruchtung, Insemination).

f) *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen, die aufgrund von *Abhängigkeitserkrankungen* (z.B. Alkohol-, Suchtgift- oder Medikamentenmissbrauch) eintreten oder verschlechtert werden oder deren *Heilbehandlung* infolge Missbrauchs wesentlich erschwert ist, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren.

g) Anhaltung und Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung.

h) die Folgen von Selbstmordversuchen.

i) *Krankheiten* und *Unfälle* einschließlich deren Folgen, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt wurden.

j) *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen.

k) *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen, die durch Kriegereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzung, entstehen.

(B) Kein Versicherungsschutz besteht

für die Heilbehandlung von *Krankheiten* und *Unfallfolgen*, die vom Versicherungsnehmer bzw. von der versicherten Person vor Abschluss des Versicherungsvertrages angegeben wurden, und für die ein Leistungsausschluss in der Versicherungsurkunde vereinbart wurde.

(C) Es besteht kein Versicherungsschutz für Aufenthalte in folgenden Krankenanstalten (einschließlich deren Abteilungen, Departments und Fachschwerpunkten)

a) die vornehmlich für Maßnahmen der Rehabilitation eingerichtet sind.

b) für *Abhängigkeitserkrankungen*.

c) in militärischen Krankenanstalten, das sind vom Bund betriebene Krankenanstalten, die in unmittelbarem und überwiegendem Zusammenhang mit der Erfüllung der Aufgaben des Bundesheeres stehen.

d) die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten.

e) in *Kuranstalten*, Erholungs-, Diät- und Genesungsheimen.

f) die vornehmlich für Maßnahmen der Prävention eingerichtet sind.

g) für die Langzeitversorgung von chronisch Kranken.

h) in Alten- und Pflegeheimen bzw. Zentren für Geriatrie.

i) in provisorischen medizinischen Versorgungseinrichtungen (darunter fallen zum Beispiel Hallen, Container und Zelte) für Erkrankte und Krankheitsverdächtige im Rahmen und für die Dauer einer Pandemie.

j) in selbstständigen Ambulatorien, das sind organisatorisch selbstständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen.

Die unter Punkt (C) genannten Ausschlüsse gelten nicht für Notfälle oder akut notwendige Behandlungen. In diesen besonderen Situationen ist das Aufsuchen einer unter Punkt (C) angeführten Krankenanstalt zulässig und steht unter Versicherungsschutz.

(D) Es besteht für nachstehende Aufenthalte kein Anspruch auf Ersatztaggeld

a) in Krankenanstalten (bzw. den entsprechenden Abteilungen, Departments und Fachschwerpunkten) für psychische *Erkrankungen* bzw. psychiatrische Behandlungen.

b) in Einrichtungen (Anstalten, Abteilungen, Departments und Fachschwerpunkten) für Psychosomatik, Zentren für seelische Gesundheit bzw. für psychosomatische Behandlungen.

c) für tagesklinische Behandlungen und Aufenthalte, die keine Übernachtung im Krankenhaus erfordern.

(E) Es besteht kein Versicherungsschutz für besondere Honorare gemäß § 46 (1) Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (der entsprechende Paragraph aus dem KAKuG ist nachfolgend angeführt) sind nicht im Versicherungsschutz enthalten.

§ 46 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG): (1) Den Vorständen von Universitätskliniken und den Leitern von Klinischen Abteilungen (§ 7 a) ist es gestattet, mit Pflinglingen der Sonderklasse und mit Personen, die auf eigene Kosten ambulant behandelt werden, unbeschadet der Verpflichtung dieser Personen zur Entrichtung der Pflege- und Sondergebühren ein besonderes Honorar zu vereinbaren, wenn diese Personen auf ihren Wunsch durch den Klinikvorstand oder Leiter der Klinischen Abteilung persönlich behandelt werden.

2.2.4. SONDERKLASSE – MAX

(1) Was ist versichert?

a) Die versicherte Person hat im *Versicherungsfall* Anspruch auf Versicherungsschutz. Ihr konkreter Versicherungsschutz ist festgelegt durch Ihre Versicherungsurkunde und die anwendbaren Versicherungsbedingungen des Abschnitts 2 des vorliegenden Dokuments „Meine Gesundheitsversicherung – Einfach erklärt“.

b) Unter Versicherungsschutz stehen *medizinisch notwendige Heilbehandlungen* im Rahmen eines stationär notwendigen Aufenthaltes infolge einer *Krankheit*.

c) Unter Versicherungsschutz stehen *medizinisch notwendige Heilbehandlungen* im Rahmen eines stationär notwendigen Aufenthaltes infolge eines Unfalls, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

d) Unter Versicherungsschutz stehen unter Beachtung der Wartezeit, siehe Kapitel 2.1 „Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes“, Punkt (8)), *medizinisch notwendige Heilbehandlungen* im Rahmen eines stationär notwendigen Aufenthaltes infolge einer

Schwangerschaft und stationäre Aufenthalte zur Entbindung.

e) Unter Versicherungsschutz stehen kosmetische Operationen im Rahmen eines stationär notwendigen Aufenthaltes, wenn uns eine Bewilligung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Übernahme der Kosten in der allgemeinen Gebührenklasse im Vorfeld des Eingriffes vorgelegt wird.

f) Unter Versicherungsschutz stehen prophylaktische (vorbeugende) Operationen im Rahmen eines stationär notwendigen Aufenthaltes, wenn uns eine Bewilligung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Übernahme der Kosten in der allgemeinen Gebührenklasse im Vorfeld des Eingriffes vorgelegt wird und Sie seit mehr als 3 Jahren (ab Versicherungsbeginn) das Paket Sonderklasse – Max versichert haben.

g) Versicherungsschutz gemäß Punkt (1) b) bis Punkt (1) f) besteht nur bei stationär notwendigen Aufenthalten in nach dem Krankenanstaltengesetz genehmigten Allgemeinen Krankenanstalten und Privatkrankenanstalten zur Akut- bzw. *Kurzzeitversorgung*.

(2) Voranfragepflicht

Voraussetzung für die Übernahme der Mehrkosten für die stationäre *Heilbehandlung* in der Sonderklasse für die unter Punkt (1) e) und (1) f) genannten Sachverhalte ist, dass wir diese vor Beginn der Behandlung in geschriebener Form zugesagt haben. Das bedeutet vor einem geplanten Krankenhausaufenthalt: Setzen Sie sich mit unserem Kundenservice mindestens 7 Tage vor Ihrer Behandlung, unter Beilage aller medizinischen Unterlagen, in Verbindung und wir prüfen, ob ein *Versicherungsfall* vorliegt, der von Ihrem Versicherungsschutz umfasst ist.

(3) Kostengarantie mit Direktverrechnung in Österreich

a) Wenn Sie sich in einem *Vertragskrankenhaus* behandeln lassen und bei der Aufnahme im Krankenhaus einen Auftrag zur *Direktverrechnung* erteilt haben, wird das Krankenhaus die Mehrkosten für die stationäre *Heilbehandlung* in der Sonderklasse (Zweibettzimmer bzw. Einbettzimmer, sofern verfügbar) direkt mit uns abrechnen, ohne dass Sie in Vorleistung treten müssen. Die entstandenen Mehrkosten für die stationäre *Heilbehandlung* in der Sonderklasse (Zweibettzimmer bzw. Einbettzimmer, sofern verfügbar) werden in voller Höhe von uns übernommen (*Kostengarantie* mit *Direktverrechnung*).

h) Die unter Punkt (1) g) genannten nach dem Krankenanstaltengesetz genehmigten Krankenanstalten sind in bettenführenden Abteilungen, Departments oder Fachschwerpunkten organisiert, arbeiten ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft und verfügen über eine Unterbringungskategorie, die durch ihre besondere Ausstattung höheren Ansprüchen hinsichtlich Verpflegung und Unterbringung entspricht (Sonderklasse).

i) Als stationär notwendig gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der *Heilbehandlung* einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert und eine *ambulante Heilbehandlung* aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

j) Als *medizinisch notwendig* gilt ein stationärer Aufenthalt insbesondere nicht, wenn er lediglich im Mangel an häuslicher Pflege oder sonstigen persönlichen Verhältnissen der versicherten Person begründet ist.

k) Unter Versicherungsschutz stehen darüber hinaus verschiedene Leistungen, die keinen stationär notwendigen Aufenthalt voraussetzen. Sie finden diese Leistungen unter Punkt (8) f) bis (8) j) sowie Punkt (10).

Die Liste mit unseren *Vertragskrankenhäusern* finden Sie im Abschnitt 6 „Anhänge“, Anhang 3.

b) Wird bei einem Krankenhausaufenthalt in einem *Vertragskrankenhaus* kein Sonderklasse Einbettzimmer in Anspruch genommen oder kann ein Einbettzimmer vom Krankenhaus nicht zur Verfügung gestellt werden, besteht kein Anspruch auf Ersatztaggeld.

c) Bei einem Krankenhausaufenthalt in einem Krankenhaus, das nicht zu unseren *Vertragskrankenhäusern* zählt, wird für die Mehrkosten von Sonderklasse Zweibettzimmer auf die Sonderklasse Einbettzimmer kein Kostenersatz geleistet.

d) Änderungen der in Punkt (3) a) genannten Liste der *Vertragskrankenhäuser* werden dem Versicherungsnehmer in geschriebener Form bekanntgegeben. Sie treten drei Wochen nach Zugang der Verständigung in Kraft. Stationäre *Heilbehandlungen*, die vor Wirksamwerden des Widerrufs begonnen haben, sind von diesem nicht betroffen. Der Versicherungsnehmer ist besonders darauf hinzuweisen, wenn die Allianz überhaupt keine *Vertragskrankenhäuser* mehr hat, sodass die *Kostengarantie* gegenstandslos geworden ist.

e) Nach einer Änderung der vereinbarten Mehrkosten der Sonderklasse (Zweibettzimmer bzw. Einbettzimmer) erfolgt eine Anpassung der Versicherung gemäß Kapitel 2.7.5 „Wertanpassung“. Lehnt der Versicherungsnehmer die Vertragsänderung ab, so erlischt die *Kostengarantie* einen Monat nach Zugehen der Verständigung.

f) Die *Kostengarantie* gilt bis 31.03. des jeweiligen Jahres und kann unter Einhaltung einer Frist von drei Wochen frühestens mit Wirkung ab 01.04. des jeweiligen Jahres widerrufen werden. Das geschieht zum Beispiel dann, wenn mit den Krankenhausträgern keine neuen Verträge zu Stande kommen. Wenn die *Kostengarantie* widerrufen wird, erfolgt die Erstattung von Leistungsfällen, die nach dem Widerruf der *Kostengarantie* eingetreten sind, gemäß Punkt (7) „Tarifliche Leistungen“.

(4) Tagesklinische Behandlungen und Aufenthalte

a) Tagesklinische Behandlungen und Aufenthalte stehen unter Versicherungsschutz, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- die Art und die Durchführung der *Heilbehandlung* erfordert einen stationären Krankenhausaufenthalt
- die versicherte Person wird noch am Tag der Aufnahme wieder aus dem Krankenhaus entlassen
- für die *Heilbehandlung* wird die Infrastruktur einer Abteilung des aufgesuchten Krankenhauses in Anspruch genommen (z.B. Benutzung eines OP-Saales, Aufnahme in einer Bettenstation).

b) Wenn der tagesklinische Aufenthalt/ die tagesklinische Behandlung in einem *Vertragskrankenhaus* erfolgt und Sie bei der Aufnahme im Krankenhaus einen Auftrag zur *Direktverrechnung* erteilt haben, so werden die Mehrkosten für die tagesklinische Behandlung in voller Höhe von uns übernommen (*Kostengarantie* mit *Direktverrechnung*), soweit die unter Punkt (4) a) genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(5) Europagarantie

a) Für alle Staaten die auf der „Europaliste“ angeführt sind (Sie finden die Europaliste im Abschnitt 6 „Anhänge“, Anhang 2) gilt die Europagarantie in der folgenden Form: Bei Aufenthalt in der Sonderklasse (Zweibettzimmer) eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses oder einer privaten Krankenanstalt werden die *Hauskosten*, Operationskosten und Arzthonorare der Sonderklasse zur Gänze übernommen, sofern diese den ortsüblichen Kosten entsprechen. Eine *Direktverrechnung* ist dann möglich, wenn das Krankenhaus oder die private Krankenanstalt einer solchen zustimmt.

b) Für alle Staaten die nicht auf der „Europaliste“ angeführt sind (Sie finden die Europaliste im Abschnitt 6 „Anhänge“, Anhang 2“) oder sofern Punkt (3) „*Kostengarantie* mit *Direktverrechnung* in Österreich“ nicht zur Anwendung kommt, besteht keine *Kostengarantie* und keine *Direktverrechnung*.

(6) Weltweite Kostengarantie

a) Wenn eine stationäre *Heilbehandlung* in Österreich nicht durchgeführt werden kann, haben Sie die Möglichkeit ein Krankenhaus außerhalb von Österreich für die Behandlung aufzusuchen.

Wenn Sie Krankenhausleistungen im Ausland in Anspruch nehmen wollen, die nicht unter Punkt (5) „Europagarantie“ fallen, ist eine Voranfrage bei uns erforderlich. Wenn wir die Genehmigung erteilt haben, werden wir Sie über die weitere Vorgehensweise in geschriebener Form informieren. Wir werden Ihnen alle Kosten, darunter fallen die *Hauskosten*, Operationskosten und Arzthonorare, die Reise und ggf. Übernachtungskosten erstatten.

Wenn Sie keine Voranfrage an uns gerichtet haben bzw. wir Ihnen die Zusage nicht im Vorfeld erteilt haben, besteht lediglich Anspruch im Rahmen der *tariflichen Leistungen* gemäß Punkt (7). Übersteigen die vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Kosten die *tariflichen Leistungen*, kann es sein, dass Mehrkosten für Sie entstehen, die wir Ihnen nicht erstatten werden.

b) Weltweite *Kostengarantie* für Behandlungen wegen eines *Unfalles* oder einer akut auftretenden Erkrankung während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes.

Nimmt die versicherte Person eine Behandlung wegen eines *Unfalles* oder einer akut auftretenden Erkrankung während eines vorübergehenden Aufenthaltes in einem Krankenhaus außerhalb Österreichs in Anspruch, so werden die *Hauskosten*, Operationskosten und Arzthonorare der Sonderklasse zur Gänze übernommen. Die *Kostengarantie* gilt für die ersten 62 Tage jeder Reise.

(7) Tarifliche Leistungen

Für Versicherungsfälle, die nicht unter die „*Kostengarantie* mit *Direktverrechnung* in Österreich“ gemäß Punkt (3), „Europagarantie“ gemäß Punkt (5) bzw. „Weltweite *Kostengarantie*“ gemäß Punkt (6) fallen, kann keine *Direktverrechnung* angewendet werden. Stattdessen werden Ihnen *tarifliche Leistungen* erstattet.

Die *tariflichen Leistungen* unterscheiden sich danach, ob bei Ihnen ein operativer Eingriff durchgeführt wurde (in diesem Fall wird die „Leistung im operativen Fall“ erstattet) oder kein operativer Eingriff durchgeführt wurde (in diesem Fall wird die „Leistung im nicht operativen Fall“ erstattet).

Zu den *tariflichen Leistungen* zählen neben der „Leistung im operativen Fall“ bzw. der „Leistung im nicht operativen Fall“ auch Leistung bei Entbindung, Kosten für *Arzneimittel* und die Fallpauschale. Da die *tariflichen Leistungen*

durch maximale Leistungssummen limitiert sind, kann es sein, dass die Behandlungskosten, die Ihnen das Krankenhaus in Rechnung stellt, höher sind als die *tariflichen Leistungen*, die wir Ihnen erstatten. In diesem Fall müssen Sie für die Restkosten selbst aufkommen (keine *Kostengarantie*). Die Höhe der maximalen Leistungssummen entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde.

a) Leistung im operativen Fall

Operativer Fall bedeutet, dass ein (oder mehrere) chirurgische/r Eingriff/e im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthaltes zur Diagnose oder Therapie einer Erkrankung oder einer Verletzung stattgefunden hat/haben. Im operativen Fall erstatten wir Ihnen die Tageskosten und die Operationskosten.

- i. Zu den Tageskosten im operativen Fall gehören nur die *Hauskosten* (Pflege-, Anstaltsgebühren und dgl.).
- ii. 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*.
- iii. Bei gleichzeitiger Ausführung mehrerer Operationen wird die am höchsten einzustufende Operation zu 100% der festgelegten *tariflichen Leistungen* übernommen.

Jede weitere Operation wird mit höchstens 50% der festgelegten *tariflichen Leistungen* erstattet. Insgesamt wird maximal 200% der am höchsten einzustufenden Operationsgruppe erstattet.

Für Operationen, die grundsätzlich einen stationären Aufenthalt erfordern, jedoch in einer Tagesklinik, ambulant in einem Krankenhaus oder in der Ordination eines Arztes durchgeführt werden, gelten die Bestimmungen gemäß Punkt iii) in analoger Form. Die Einstufung von Operationen erfolgt gemäß dem zuletzt mit der Wiener Ärztekammer vereinbarten Operationsgruppenschema.

b) Leistung im nicht operativen Fall

Nicht operativer Fall bedeutet, dass ausschließlich eine konservative Therapie (Behandlung eines Krankheitszustandes mit Hilfe medikamentöser Therapie/n und/oder physikalischer Maßnahmen) und keine Operation/en im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthaltes stattgefunden haben. Im nicht operativen Fall erstatten wir Ihnen die Tageskosten.

Die Leistung von Tageskosten im nicht operativen Fall umfasst die zu bezahlenden *Hauskosten* (Pflege-, Anstaltsgebühren und dgl.), Arztleistungen und physikalische Behandlung.

c) Leistung bei Entbindung

Für nicht operative Entbindungen werden die Tageskosten im nicht operativen Fall gemäß Punkt (7) b) erstattet und falls anwendbar zusätzlich die Fallpauschale gemäß Punkt (7) e). Für operative Entbindungen werden die Tageskosten im operativen Fall gemäß Punkt (7) a) und Operationskosten gemäß Punkt (7) a) erstattet. Falls anwendbar wird zusätzlich die Fallpauschale gemäß Punkt (7) e) erstattet.

d) Arzneimittel

Die Kosten der im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung* benötigten, dem *Arzneimittelgesetz* entsprechenden und aus einer Apotheke bezogenen *Arzneimittel* werden erstattet. Nicht erstattet werden die Kosten für alle nicht in Österreich registrierten *Arzneimittel*. Bei *Arzneimittel*bezug im Rahmen einer stationären *Heilbehandlung* im Ausland gelten hinsichtlich der Registrierung die jeweiligen örtlichen Vorschriften.

e) Fallpauschale

Wenn Ihre Behandlungskosten die maximale Leistungssumme für die „Leistung im operativen Fall“ bzw. die „Leistung im nicht operativen Fall“ übersteigen, so steht Ihnen zusätzlich die „Fallpauschale“ zur Verfügung, für die ebenfalls eine maximale Leistungssumme definiert ist. Die Höhe der maximalen Leistungssummen

entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde.

(8) Weitere Leistungen**a) Ersatztagegeld**

Wenn Sie bei einer stationären oder tagesklinischen *Heilbehandlung* die Sonderklasse nicht in Anspruch nehmen (ausgenommen c) Begleitperson, d) Transportkosten, e) Bergungskosten), d.h. Ihren Aufenthalt in der Allgemeinen Gebührenklasse verbringen, erhalten Sie für jeden Aufenthaltstag die Ersatzleistung „Ersatztagegeld“.

b) Entbindungsgeld

Bei Entbindungen in der Allgemeinen Gebührenklasse eines Krankenhauses, wenn keinerlei Kosten entstehen oder in ambulanten geburtshilflichen Einrichtungen oder bei Entbindungen daheim wird das Entbindungsgeld geleistet. Das Ersatztagegeld kann nicht zusätzlich zum Entbindungsgeld bezogen werden. Sofern der Krankenhausaufenthalt so lange dauert, dass die Höhe der Ersatzleistung „Ersatztagegeld“ höher ausfällt als die Höhe der Ersatzleistung „Entbindungsgeld“, so wird das Ersatztagegeld ausbezahlt.

c) Begleitperson

Bei einem Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres werden die vom Krankenhaus in Rechnung

gestellten Kosten für eine Begleitperson in voller Höhe übernommen, und zwar auch dann, wenn die Begleitperson nicht versichert ist. Die Leistung für die Begleitperson wird ausschließlich aus dem aufrechten Paket der minderjährigen Person erbracht und nicht aus einem aufrechten Paket eines Elternteils.

d) Transportkosten

Transportkosten werden erstattet bei einem *medizinisch notwendigen* Transport zu einer stationären *Heilbehandlung* in einer Krankenanstalt sowie für den Transport nach Hause. Wenn ein Anspruch gegenüber Dritten besteht (z.B. gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung), wird die Höhe dieses Anspruchs von der Erstattungssumme abgezogen.

e) Bergungskosten

Bergungskosten werden erstattet, wenn ein *Versicherungsfall* gemäß Punkt (1) „Was ist versichert?“ eingetreten ist. Wenn ein Anspruch gegenüber Dritten besteht (z.B. gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung), wird die Höhe dieses Anspruchs von der Erstattungssumme abgezogen.

f) Zuschuss für Kur und Rehabilitation

Der Zuschuss für Kur und Rehabilitation wird erbracht, wenn ein Sozialversicherungsträger die versicherte Person in ein *Kur-* oder Erholungsheim

oder *Rehabilitationszentrum* einweist bzw. einen Zuschuss bewilligt. Als Zuschuss des Sozialversicherungsträgers ist ein Zuschuss zu den Kosten eines *Kur-* oder Erholungsaufenthaltes bzw. *Rehabilitationsaufenthaltes* außerhalb des Hauptwohnsitzes anzusehen, nicht der Ersatz von Behandlungskosten allein. Für einen Aufenthalt im *Rehabilitationszentrum* beträgt die maximale Leistungsdauer 60 Tage, in allen anderen Fällen 30 Tage.

g) Palliativtagegeld

Bei einem stationärem Aufenthalt in einer *Palliativstation* oder einem Hospiz wird für jeden Aufenthaltstag das Palliativtagegeld geleistet. Die maximale Leistungsdauer für einen Aufenthalt beträgt 30 Tage. Das Ersatztagegeld wird in diesem Fall nicht zusätzlich geleistet. Die Leistung steht jeder versicherten Person nur einmal während der gesamten Versicherungsdauer zur Verfügung.

h) Pauschale bei bösartigen Neubildungen

Die Pauschale bei bösartigen Neubildungen (Krebs) wird geleistet, wenn die versicherte Person nachweislich an einem malignen Tumor erkrankt. Die Leistung steht jeder versicherten Person nur einmal während der gesamten Versicherungsdauer zur Verfügung.

i) Ärztliche Zweitmeinung (second opinion)

Wird der versicherten Person nachweislich eine Operation durch einen Arzt (Erstbehandler) empfohlen, die eine *medizinisch notwendige Heilbehandlung* darstellt, wird auf Wunsch Kostenersatz für eine ärztliche Zweitmeinung (second opinion) bei einem anderen, frei wählbaren niedergelassenen Facharzt übernommen. Die Leistung wird einmal pro Anlassfall erbracht.

j) Psychologische Beratung bei bestimmten Diagnosen

Die Kosten unmittelbarer psychologischer Notfallbetreuung durch geeignete, in Österreich dafür zugelassene Personen (z.B. Psychotherapeuten, klinische Psychologen) werden bei folgenden nachweislich vorliegenden Diagnosen übernommen: HIV, Aids, Krebs, Multiple Sklerose und Querschnittlähmung.

(9) BabyBonus

a) Mit dem „BabyBonus“ besteht die Möglichkeit ein neugeborenes leibliches Kind ohne Überprüfung des Gesundheitszustandes in den Versicherungsvertrag mit einzuschließen.

b) Die Möglichkeit der Mitversicherung des Kindes erstreckt sich auf die Sonderklasse- und Wahlarzt-Pakete. Wenn die versicherte Person ein Sonderklasse-Paket Max versichert hat, kann durch die Aktivierung des Babybonus das Kind ebenfalls in ein Sonderklasse-Paket und /oder Wahlarzt-Paket (sofern ein Wahlarzt-Paket zusätzlich besteht) mit eingeschlossen werden. Das Paket des Kindes muss nicht dem Paket der versicherten Person entsprechen, darf hinsichtlich des Versicherungsumfanges aber nicht höherwertiger sein. Hat die versicherte Person beispielsweise das Paket Max für stationäre *Heilbehandlungen* abgeschlossen, kann für das Kind eine Mitversicherung im Paket Comfort, Extra oder Max für stationäre *Heilbehandlungen* beantragt werden.

c) Zur Inanspruchnahme des BabyBonus muss der Einschluss eines neugeborenen Kindes innerhalb von 12 Monaten nach der Geburt erfolgen und in Schriftform beantragt werden. Hierfür benötigen wir eine

Willenserklärung des Versicherungsnehmers zur Mitversicherung und den Namen und das Geburtsdatum des Kindes. Wird das neugeborene Kind innerhalb der ersten zwei Monate nach Geburt mit in den Vertrag eingeschlossen, ist das erste Versicherungsjahr für das Kind prämienfrei.

d) Erfolgt der Einschluss des Kindes innerhalb der ersten zwei Monate nach der Geburt, erfolgt die Aktivierung des Versicherungsschutzes rückwirkend zum ersten des Geburtsmonats. Erfolgt der Einschluss des Kindes nach Ablauf der zwei Monate (ab Geburt), kann der Versicherungsschutz zum nächsten Monatsersten beantragt werden.

e) Für einen unmittelbar auf die Geburt folgenden bzw. den Aufenthalt zur Geburt verlängernden stationären Aufenthalt des neugeborenen Kindes besteht kein Anspruch auf Ersatztagelohn (z.B. bei Pflege im Brutkasten, Geburtskomplikationen) und zwar auch dann nicht, wenn das neugeborene Kind gemäß Punkt (9) c) fristgerecht zur Mitversicherung angemeldet wurde.

(10) Mein Vorsorgecheck

(a) Jede versicherte Person kann das Angebot „Mein Vorsorgecheck“ unter folgenden Bedingungen in Anspruch nehmen:

- Als erstes Paket im Rahmen des Vorsorgechecks kann nur ein Starterpaket ausgewählt werden.
- Nachdem Sie eines der Starterpakete in Anspruch genommen haben, können Sie nach Ablauf von drei *Versicherungsjahren* aus verschiedenen Vorsorgepaketen wählen. Sie können jeweils ein Vorsorgepaket innerhalb von zwei *Versicherungsjahren* in Anspruch nehmen.
- Alle Starter Pakete können nur einmalig während der Versicherungsdauer in Anspruch genommen werden. Wird ein Vorsorgepaket nicht in Anspruch genommen, ist eine Mitnahme in spätere *Versicherungsjahre* nicht möglich.

b) Das Angebot von „Mein Vorsorgecheck“ wird durch unseren Vertragspartner, das „Institut für Ernährung & GesundheitsPrävention“ unter der Marke „Health Strategy“ bereitgestellt, welches allein für die Qualität der erbrachten Dienstleistung verantwortlich ist. Von uns werden lediglich die Kosten für die Inanspruchnahme dieses Dienstes übernommen.

c) Wir behalten uns Änderungen betreffend der Leistungen von „Mein Vorsorgecheck“, deren Umfang und Inanspruchnahme vor.

(11) Paketwechsel

a) Risikoprüfungsfreier Umstieg auf das Paket Extra:

Ein Umstieg vom Paket Max auf das Paket Extra ist nach Ablauf der Mindestvertragsdauer zur jeweils nächsten *Hauptfälligkeit* ohne Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeit möglich. Der Umstieg muss mindestens einen Monat vor der *Hauptfälligkeit* in geschriebener Form vom Versicherungsnehmer beantragt werden.

b) Ein Umstieg vom Paket Max auf das Paket Comfort ist nicht möglich.

(12) Was ist nicht versichert?

(A) Kein Versicherungsschutz besteht für

a) vor Versicherungsbeginn entstandene *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen. Jedenfalls vom Versicherungsschutz ausgenommen sind *Heilbehandlungen*, die vor Versicherungsbeginn durchgeführt wurden.

b) *Krankheiten* und *Unfallfolgen*, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, sowie zum Zeitpunkt der Antragstellung geplante Behandlungen sind nur dann vom Versicherungsschutz umfasst, wenn sie bei Antragstellung angegeben wurden und in der Versicherungsurkunde keine diesbezüglichen Leistungsausschlüsse dokumentiert sind.

c) kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von *Unfallfolgen* dienen. Versichert bleiben kosmetische Operationen gemäß Punkt (1) e).

d) alle Maßnahmen, die ausschließlich auf die Pflege, aber nicht auf die Diagnose und Therapie von *Erkrankungen* ausgerichtet sind. Hierzu gehören zum Beispiel die Unterbringung in ein Pflegeheim, die Hauspflege und die Kosten für Pflegefachkräfte.

e) alle Formen der künstlichen Befruchtung (z.B. In-Vitro-Befruchtung, Insemination).

f) *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen, die aufgrund von *Abhängigkeitserkrankungen* (z.B. Alkohol-, Suchtgift- oder Medikamentenmissbrauch) eintreten oder verschlechtert werden oder deren *Heilbehandlung* infolge Missbrauches wesentlich erschwert ist, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren.

g) Anhaltung und Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung.

h) die Folgen von Selbstmordversuchen.

i) *Krankheiten* und *Unfälle* einschließlich deren Folgen, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt wurden.

j) *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen.

k) *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen, die durch Kriegsergebnisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzung, entstehen.

(B) Kein Versicherungsschutz besteht für die Heilbehandlung von Krankheiten und *Unfallfolgen*, die vom Versicherungsnehmer bzw. von der versicherten Person vor Abschluss des Versicherungsvertrages angegeben wurden, und für die ein Leistungsausschluss in der Versicherungsurkunde vereinbart wurde.

(C) Es besteht kein Versicherungsschutz für Aufenthalte in folgenden Krankenanstalten (einschließlich deren Abteilungen, Departments und Fachschwerpunkten)

a) die vornehmlich für Maßnahmen der *Rehabilitation* eingerichtet sind.

b) für *Abhängigkeitserkrankungen*.

c) In militärischen Krankenanstalten, das sind vom Bund betriebene Krankenanstalten, die in unmittelbarem und überwiegendem Zusammenhang mit der Erfüllung der Aufgaben des Bundesheeres stehen.

d) die für die Unterbringung geistig abnormer oder entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher bestimmt sind, sowie Krankenabteilungen in Justizanstalten.

e) in Kuranstalten, Erholungs-, Diät- und Genesungsheimen.

f) die vornehmlich für Maßnahmen der Prävention eingerichtet sind.

g) für die Langzeitversorgung von chronisch Kranken.

h) in Alten- und Pflegeheimen bzw. Zentren für Geriatrie.

i) in provisorischen medizinischen Versorgungseinrichtungen (darunter fallen zum Beispiel Hallen, Container und Zelte) für Erkrankte und Krankheitsverdächtige im Rahmen und für die Dauer einer Pandemie.

j) in selbstständigen Ambulatorien, das sind organisatorisch selbstständige Einrichtungen, die der Untersuchung oder Behandlung von Personen dienen, die einer Aufnahme in Anstaltspflege nicht bedürfen.

Die unter Punkt (C) genannten Ausschlüsse gelten nicht für Notfälle oder akut notwendige Behandlungen. In diesen besonderen Situationen ist das Aufsuchen einer unter Punkt (C) angeführten Krankenanstalt zulässig und steht unter Versicherungsschutz.

(D) Es besteht für nachstehende Aufenthalte kein Anspruch auf Ersatztaggeld

a) in Krankenanstalten (bzw. den entsprechenden Abteilungen, Departments und Fachschwerpunkten) für psychische *Erkrankungen* bzw. psychiatrische Behandlungen.

b) in Einrichtungen (Anstalten, Abteilungen, Departments und Fachschwerpunkten) für Psychosomatik, Zentren für seelische Gesundheit bzw. für psychosomatische Behandlungen.

c) für tagesklinische Behandlungen und Aufenthalte, die keine Übernachtung im Krankenhaus erfordern.

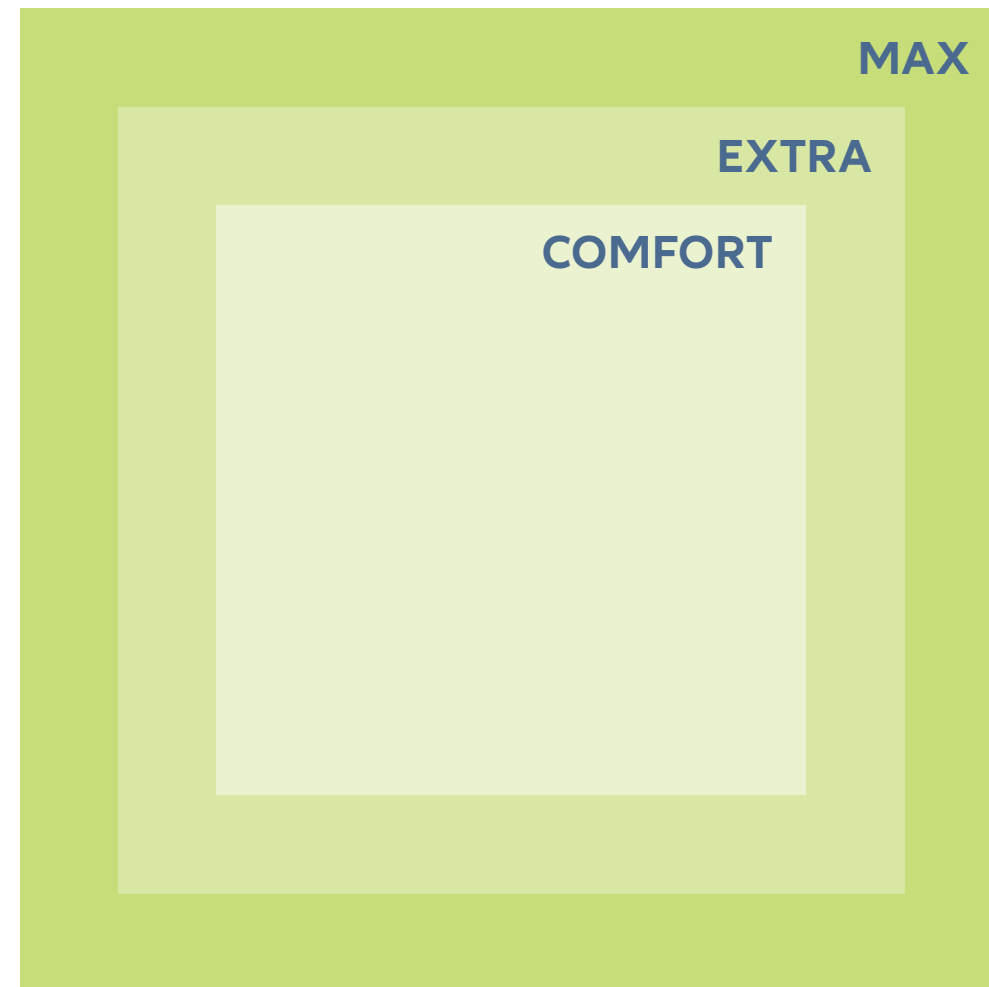
(E) Kein Versicherungsschutz besteht für besondere Honorare gemäß § 46 (1) Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (der entsprechende Paragraph aus dem KAKuG ist nachfolgend angeführt) sind nicht im Versicherungsschutz enthalten.

§ 46 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG): (1) Den Vorständen von Universitätskliniken und den Leitern von Klinischen Abteilungen (§ 7 a) ist es gestattet, mit Pflinglingen der Sonderklasse und mit Personen, die auf eigene Kosten ambulant behandelt werden, unbeschadet der Verpflichtung dieser Personen zur Entrichtung der Pflege- und Sondergebühren ein besonderes Honorar zu vereinbaren, wenn diese Personen auf ihren Wunsch durch den Klinikvorstand oder Leiter der Klinischen Abteilung persönlich behandelt werden.

2.3. DECKUNGSUMFANG DER PAKETE – WAHLARZT

**WIR BIETEN DREI
WAHLARZT-PAKETE
AN, DIE SICH NACH
IHREM VERSICHERUNGSSCHUTZ
UNTERSCHIEDEN.**

Nachfolgend finden Sie eine tabellarische Übersicht über den Versicherungsschutz der unterschiedlichen Pakete. Art und Umfang Ihres konkreten Versicherungsschutzes ergeben sich aus der Versicherungsurkunde, den gegenständlichen Versicherungsbedingungen und aus dem gewählten Produktpaket.



PAKETÜBERBLICK WAHLARZT

DECKUNG	COMFORT	EXTRA	MAX
JAHRES- UND SUBLIMITS	€	€€	€€€
ARZT- UND FACHARZTKOSTEN	✓	✓	✓
ÄRZTLICHE KONTROLLUNTERSUCHUNGEN UND VORSORGEUNTERSUCHUNGEN (erweiterte Gesundenuntersuchung)	✓	✓	✓
IMPFUNGEN UND REISEIMPFUNGEN	✓	✓	✓
MEIN DIGITAL-DOC	✓	✓	✓
GARANTIERTE PRÄMIENRÜCKERSTATTUNG	✓	✓	✓
GESUNDHEITSFÖRDERUNG wie z.B. Maßnahmen zur Raucherentwöhnung, Maßnahmen zur ärztlich empfohlenen Gewichtsreduktion inkl. Ernährungsberatung etc.		✓	✓
ARZNEIMITTEL		✓	✓
MEDIZINISCHE HEILBEHELFE UND HILFSMITTEL		✓	✓
SEHBEHELFE UND REFRAKTIVE AUGENOPERATIONEN		✓	✓
PHYSIOTHERAPIE, ERGOTHERAPIE, LOGOPÄDIE, PODOLOGIE UND NICHTÄRZTLICHE GANZHEITSMEDIZIN		✓	✓
PSYCHOTHERAPEUTISCHE HEILBEHANDLUNG, PSYCHOLOGISCHE DIAGNOSTIK UND THERAPIE		✓	✓
ERGÄNZENDE SCHWANGERSCHAFTSVORSORGE UND BEGLEITUNG: Beratung und Betreuung durch eine Hebamme; Schwangerschaftsgymnastik, Schwangerschafts-yoga und Rückbildungsgymnastik		✓	✓
MEINE MENTALKRAFT – PSYCHOLOGISCHE ONLINE-BERATUNG		✓	✓
ZAHN- UND KIEFERGESUNDHEIT			✓
MUNDHYGIENE			✓
KIEFERREGULIERUNG			✓
OPTIONALE BAUSTEINE			
MEINE ENERGIELADUNG: ANGEBOTE IN DEN BEREICHEN WELLNESS, FITNESS, BALANCE	✓	✓	✓
MEINE REISE-ASSISTANCE	✓	✓	✓

2.3.1. ALLGEMEINE REGELUNGEN ZUR LEISTUNGSHÖHE

(1) Jahreslimit

Für die Wahlarzt-Pakete Comfort, Extra und Max gibt es jeweils unterschiedlich hohe Jahreslimits. Ist das Jahreslimit für ein Kalenderjahr erschöpft, können keine weiteren Versicherungsleistungen für dieses Kalenderjahr erstattet werden. Die Versicherungsleistungen werden anhand des Behandlungsdatums einem Kalenderjahr zugeordnet.

(2) Jährliche Unterlimits

Für bestimmte Leistungspositionen gibt es zusätzliche Unterlimits. Die Höhe dieser jährlichen Unterlimits entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde. Ist das Unterlimit für einer dieser Leistungspositionen in einem Kalenderjahr erschöpft, können keine weiteren Versicherungsleistungen zu der entsprechenden Leistungsposition für das jeweilige Kalenderjahr erstattet werden. Leistungen aus anderen Leistungspositionen stehen weiterhin zur Verfügung (unter Berücksichtigung der jeweiligen Unterlimits und dem Jahreslimit).

(3) Leistungsposition psychologische Onlineberatung

Für die psychologische Onlineberatung „Meine Mentalkraft“ ist die Anzahl der Konsultationen auf maximal 4 Sitzungen pro Kalenderjahr beschränkt.

(4) Kostenerstattung

Unter Berücksichtigung des Jahreslimits und der jeweiligen Unterlimits aller Leistungspositionen erfolgt die Erstattung von Versicherungsleistungen wie folgt:

- a) Sofern die gesetzliche Krankenversicherung eine Teilerstattung des Rechnungsbetrages geleistet hat, erstatten wir 100 % des verbleibenden Restbetrages. Der Erstattungs-nachweis der gesetzlichen Krankenversicherung ist uns vorzulegen.
- b) Hat die gesetzliche Krankenversicherung keine Erstattung geleistet oder wurde die Rechnung nicht bei der gesetzlichen Krankenversicherung eingereicht, erstatten wir 80% des Rechnungsbetrages.
- c) Bei Leistungen aus der Leistungsposition „Zahn- & Kiefergesundheit“ im Paket Max (siehe Kapitel 2.3.4 „Wahlarzt-Max“, Punkt (14)) erstatten wir 60% des Rechnungsbetrages.

(5) Garantierte Prämienrückerstattung

Die garantierte Prämienrückerstattung wird angewendet, sofern die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a)** Für das versicherte Paket wurden die Prämien für das gesamte Kalenderjahr vollständig und spätestens bis zum 1. März des folgenden Kalenderjahres bezahlt.
- b)** Aus dem versicherten Paket wurden keine Leistungen durch uns erbracht. Ausgenommen sind Leistungen aus „Mein Digital-Doc“ und „Meine Mentalkraft“.
- c)** Das Paket war das gesamte Kalenderjahr aufrecht, das bedeutet es wurde weder storniert, beendet oder ruhend gestellt und es bestand keine Anwartschaft.

Ein Anspruch auf eine Prämienrückerstattung für ein Kalenderjahr besteht nur dann, wenn die Bedingungen im Punkt (5) a)-c) für das gesamte abgelaufene Kalenderjahr erfüllt waren. Das bedeutet zum Beispiel, wenn der Versicherungsvertrag am 01.02.2020 begonnen hat, hat der Versicherungsnehmer keinen Anspruch auf eine Prämienrückerstattung für das Jahr 2020, denn Bedingung c) besagt, dass das Paket für das gesamte Kalenderjahr (01.01. 2020 – 31.12.2020) aufrecht gewesen sein muss.

Bei der Ermittlung des Anspruchs auf Prämienrückerstattung wird jede in einem Paket versicherte Person einzeln betrachtet. Das Ausmaß der Prämienrückerstattung ist gestaffelt nach der Anzahl von aufeinanderfolgenden Kalenderjahren, in denen keine Leistungen (einschließlich Kulanzzahlungen, ausgenommen Leistungen aus „Mein Digital-Doc“ und „Meine Mentalkraft“) durch uns erbracht wurden.

Die Prämienrückerstattung beträgt

- nach einem leistungsfreien Kalenderjahr: 2 Monatsprämien
- nach zwei leistungsfreien Kalenderjahren: 3 Monatsprämien
- nach drei leistungsfreien Kalenderjahren: 4 Monatsprämien
- ab dem vierten leistungsfreien Kalenderjahr: 5 Monatsprämien

Als Bemessungsgrundlage gilt die am Jahresende des abgelaufenen Kalenderjahres maßgebliche Prämie. Die Durchführung der garantierten Prämienrückerstattung erfolgt jedes Jahr im Juli. Falls Ansprüche auf Versicherungsleistungen für abgelaufene Kalenderjahre nach Empfang der Prämienrückerstattung geltend gemacht werden, wird die Prämienrückerstattung gegengerechnet.



2.3.2. WAHLARZT – COMFORT

Was ist versichert?

(1) Die versicherte Person hat im *Versicherungsfall* Anspruch auf Versicherungsschutz. Ihr konkreter Versicherungsschutz ist festgelegt durch die Versicherungsurkunde und die anwendbaren Versicherungsbedingungen des Abschnitts 2 des vorliegenden Dokuments „Meine Gesundheitsversicherung – Einfach erklärt“.

(2) Unter Versicherungsschutz stehen Leistungen für medizinisch notwendige *ambulante Heilbehandlungen* wegen Krankheit, Unfall oder Schwangerschaft. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf definierte Vorsorgeleistungen wie z.B. Impfungen.

Ihren konkreten Versicherungsschutz, also die im Rahmen dieses Paketes versicherten Leistungen, entnehmen Sie bitte den Punkten (3) bis (5).

(3) Arzt- und Facharztkosten (inkl. Ganzheitsmedizin)

a) Die versicherte Person hat freie Wahl unter den niedergelassenen, zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes zugelassenen Ärzten. Leistungen von Fachärzten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie Fachärzten für Mund-, Kiefer

und Gesichtschirurgie sind hiervon ausgenommen. Siehe auch Punkt „Was ist nicht versichert“, Punkt (4) (a)-(c). Bei medizinischer Notwendigkeit werden während eines *Versicherungsfalles* auch die Kosten der Beiziehung mehrerer Ärzte erstattet. Behandeln Ärzte sich selbst, Ehegatten, Eltern oder Kinder, werden nur die nachgewiesenen *Sachkosten* erstattet.

b) Es werden die Kosten für Ordinationen, ärztliche Sonderleistungen (z.B. Injektionen, Infusionen, EKG) und besondere ärztliche Untersuchungen und Behandlungen (Labor, bildgebende Untersuchungen inkl. Ultraschall, CT, MRT, Gastroskopie, Koloskopie, Pränataldiagnostik) übernommen.

c) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf komplementärmedizinische Behandlungen (*Ganzheitsmedizin, Alternativmedizin*). Darunter sind beispielsweise folgende Behandlungen zu verstehen: Akupunktur, Biofeedback, Traditionelle Chinesische Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie. Voraussetzung für die Anerkennung der Leistung ist die Durchführung durch einen Arzt.

d) Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes

Die Leistung erstreckt sich auf die Untersuchungen vor der Entbindung. Leistungen für Untersuchungen des Kindes (nach der Entbindung) können nur aus einem aufrechten Paket des Kindes erbracht werden.

e) Ambulante und tagesklinische Operationen

Es werden die Kosten für ambulante und tagesklinische Operationen der Gruppen 1 bis 3 entsprechend dem jeweils aktuellen mit der Wiener Ärztekammer vereinbarten Operationsgruppenschema übernommen (ausgenommen sind refraktive Augenoperationen). Zu den Operationskosten zählen insbesondere die Honorare 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*.

f) Es werden die Kosten für allgemeinmedizinische, augenärztliche, dermatologische, gynäkologische und urologische *Kontrolluntersuchungen* übernommen.

g) Es werden die Kosten für eine erweiterte jährliche *Vorsorgeuntersuchung* (erweiterte Gesundenuntersuchung) bei einem Wahlarzt oder die Mehrkosten besonderer ärztlicher Untersuchungen (Labor, bildgebende Untersuchungen inkl. Ultraschall, CT, MRT, Gastroskopie, Koloskopie) anlässlich einer Vorsorgeuntersuchung der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.

(4) Mein Digital-Doc

a) „Mein Digital-Doc“ ist ein digitaler Dienst, mit dem Sie allgemeine medizinische Beratung in Anspruch nehmen können.

b) „Mein Digital-Doc“ kann von jeder versicherten Person ab einem Alter von 18 Jahren genutzt werden. Etwaig anfallende Kosten für die Verbindung wie Gebühren für Telefonate, SMS, Daten Roaming und dergleichen werden nicht von uns erstattet.

c) Wir behalten uns Änderungen betreffend der Leistungen von „Mein Digital-Doc“, deren Umfang und Inanspruchnahme vor.

d) Das Angebot von „Mein Digital-Doc“ wird durch unseren Vertragspartner „Medi24 AG“ bereitgestellt, welches allein für die Qualität der erbrachten Dienstleistung verantwortlich ist. Von uns werden lediglich die Kosten für die Inanspruchnahme dieses Dienstes übernommen.

(5) Impfungen und Reiseimpfungen

Erstattet werden die Kosten (Arzt-honorar, Impfstoff, Titerbestimmung) von ärztlich empfohlenen Schutzimpfungen laut aktuellem Impfplan des Obersten Sanitätsrates. Die Kosten für Reiseimpfungen werden ebenfalls erstattet.

Was ist nicht versichert?

(1) Kein Versicherungsschutz besteht für

a) vor Versicherungsbeginn entstandene *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen. Jedenfalls vom Versicherungsschutz ausgenommen sind *Heilbehandlungen*, die vor Versicherungsbeginn durchgeführt wurden.

b) *Krankheiten* und *Unfallfolgen*, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, sowie zum Zeitpunkt der Antragstellung geplante Behandlungen sind nur dann vom Versicherungsschutz umfasst, wenn sie bei Antragstellung angegeben wurden und in der Versicherungsurkunde keine diesbezüglichen Leistungsausschlüsse dokumentiert sind.

c) kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von *Unfallfolgen* dienen. Ausgenommen hiervon sind medizinisch notwendige Behandlungen, die der Beseitigung von *Unfallfolgen* dienen (z.B. Narbenkorrekturen), sofern eine Bewilligung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Übernahme der Kosten vorliegt.

d) alle Maßnahmen, die ausschließlich auf die Pflege, aber nicht auf die Diagnose und Therapie von

Erkrankungen ausgerichtet sind. Hierzu gehören zum Beispiel die Unterbringung in ein Pflegeheim, die Hauspflege und die Kosten für Pflegefachkräfte.

e) alle Formen der künstlichen Befruchtung (z.B. In-Vitro-Befruchtung, Insemination).

f) *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen, die aufgrund von *Abhängigkeitserkrankungen* (z.B. Alkohol-, Suchtgift- oder Medikamentenmissbrauch) eintreten oder verschlechtert werden oder deren *Heilbehandlung* infolge Missbrauches wesentlich erschwert ist, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren.

g) Anhaltung und Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung.

h) die Folgen von Selbstmordversuchen.

i) *Krankheiten* und *Unfälle* einschließlich deren Folgen, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt wurden.

j) *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhaftes Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen.

k) *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen, die durch Kriegereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzung, entstehen.

(2) Kein Versicherungsschutz besteht für die *Heilbehandlung* von *Krankheiten* und *Unfallfolgen*, die vom Versicherungsnehmer bzw. von der versicherten Person vor Abschluss des Versicherungsvertrages angegeben wurden, und für die ein Leistungsausschluss in der Versicherungsurkunde vereinbart wurde.

(3) Es besteht kein Versicherungsschutz für

a) die Kosten für Verhütungsmittel. Dazu zählen beispielsweise die Antibaby-Pille, Hormonimplantate, die Spirale und Notfallverhütung.

b) Nahrungsergänzungsmittel. Hierzu gehören zum Beispiel Vitaminpräparate und Mineralstoffpräparate.

c) alle pädagogischen oder sozial-integrativen Maßnahmen, die der Förderung der Entwicklung und des Sozialverhaltens dienen, jedoch nicht auf die Diagnose und Therapie von *Erkrankungen* abzielen. Hierzu gehören zum Beispiel heilpädagogische Maßnahmen oder die Frühförderung von Kindern.

(4) Es besteht kein Versicherungsschutz für

a) alle Leistungen von Fachärzten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Zahnarzt). Darunter fallen insbesondere die Vorbeugung (z.B. Mundhygiene), Vorbereitungsuntersuchungen (z.B. für operative Eingriffe), die Diagnose (z.B. Röntgen) und Behandlung (Therapie) von *Erkrankungen* im Zahnbereich, Mundbereich und Kieferbereich einschließlich zahn- und kieferchirurgischer sowie kieferorthopädischer Eingriffe, sowie *Kontrolluntersuchungen*, sofern sie nicht der Beseitigung von *Unfallfolgen* dienen.

b) Die unter Punkt (4) a) genannten Leistungen werden auch dann nicht übernommen, wenn Sie von einem Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichts-chirurgie, Facharzt für Kieferorthopädie oder Facharzt für Oralchirurgie durchgeführt werden.

c) alle Leistungen der Zahn- und Kieferregulierung

d) *Arzneimittel*

e) *medizinische Heilbehelfe* und *medizinische Hilfsmittel* inkl. Sehbehelfe

f) *physiotherapeutische Heilbehandlung*, Ergotherapie, Logopädie, Podologie

g) *psychotherapeutische Heilbehandlung* (auch wenn sie von einem Arzt durchgeführt wird)

h) *psychologische Beratung*

i) *Beratung und Betreuung durch eine Hebamme*

j) *Schwangerschaftsvorsorge* (z.B. Schwangerschaftsgymnastik, Schwangerschaftsyoga)

k) *alle Maßnahmen zur Gesundheitsförderung*



2.3.3. WAHLARZT – EXTRA

Was ist versichert?

(1) Die versicherte Person hat im *Versicherungsfall* Anspruch auf Versicherungsschutz. Ihr konkreter Versicherungsschutz ist festgelegt durch die Versicherungsurkunde und die anwendbaren Versicherungsbedingungen des Abschnitts 2 des vorliegenden Dokuments „Meine Gesundheitsversicherung – Einfach erklärt“.

(2) Unter Versicherungsschutz stehen Leistungen für medizinisch notwendige *ambulante Heilbehandlungen* wegen Krankheit, Unfall oder Schwangerschaft. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf definierte Leistungen der Gesundheitsförderung, der Vorsorge (z.B. Impfungen), Online-Dienste (z.B. die psychologische Onlineberatung), sowie definierte nichtärztliche Leistungen.

Ihren konkreten Versicherungsschutz, also die im Rahmen dieses Paketes versicherten Leistungen, entnehmen Sie bitte den Punkten (3) bis (13).

(3) Arzt- und Facharztkosten (inkl. Ganzheitsmedizin)

a) Die versicherte Person hat freie Wahl unter den niedergelassenen, zur selbstständigen Ausübung des

ärztlichen Berufes zugelassenen Ärzten. Leistungen von Fachärzten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie Fachärzten für Mund, Kiefer und Gesichtschirurgie sind hiervon ausgenommen. Siehe auch Punkt „Was ist nicht versichert“, Punkt (4) (a)-(c).

Bei medizinischer Notwendigkeit werden während eines *Versicherungsfalles* auch die Kosten der Beiziehung mehrerer Ärzte erstattet. Behandeln Ärzte sich selbst, Ehegatten, Eltern oder Kinder, werden nur die nachgewiesenen *Sachkosten* erstattet.

b) Es werden die Kosten für Ordinationen, ärztliche Sonderleistungen (z.B. Injektionen, Infusionen, EKG) und besondere ärztliche Untersuchungen und Behandlungen (Labor, bildgebende Untersuchungen inkl. Ultraschall, CT, MRT, Gastroskopie, Koloskopie, Pränataldiagnostik) übernommen.

c) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf komplementärmedizinische Behandlungen (*Ganzheitsmedizin, Alternativmedizin*). Darunter sind beispielsweise folgende Behandlungen zu verstehen: Akupunktur, Biofeedback, Traditionelle Chinesische Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie. Voraussetzung für die Anerkennung der Leistung ist die Durchführung durch einen Arzt.

d) Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes

Die Leistung erstreckt sich auf die Untersuchungen vor der Entbindung. Leistungen für Untersuchungen des Kindes (nach der Entbindung) können nur aus einem aufrechten Paket des Kindes erbracht werden.

e) Ambulante und tagesklinische Operationen

Es werden die Kosten für ambulante und tagesklinische Operationen der Gruppen 1 bis 3 entsprechend dem jeweils aktuellen mit der Wiener Ärztekammer vereinbarten Operationsgruppenschema übernommen. Ausgenommen sind refraktive Augenoperationen, für die es eine eigene Leistungsposition gibt (siehe Punkt (8)). Zu den Operationskosten zählen insbesondere die Honorare 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*.

f) Es werden die Kosten für allgemeinmedizinische, augenärztliche, dermatologische, gynäkologische und urologische *Kontrolluntersuchungen* übernommen.

g) Es werden die Kosten für eine erweiterte jährliche *Vorsorge-*

untersuchung (erweiterte Gesundenuntersuchung) bei einem Wahlarzt bzw. Mehrkosten besonderer ärztlicher Untersuchungen (Labor, bildgebende Untersuchungen inkl. Ultraschall, CT, MRT, Gastroskopie, Koloskopie) anlässlich einer *Vorsorgeuntersuchung* der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.

(4) Mein Digital-Doc

a) „Mein Digital-Doc“ ist ein digitaler Dienst, mit dem Sie allgemeine medizinische Beratung in Anspruch nehmen können.

b) „Mein Digital-Doc“ kann von jeder versicherten Person ab einem Alter von 18 Jahren genutzt werden. Etwaig anfallende Kosten für die Verbindung wie Gebühren für Telefonate, SMS, Daten Roaming und dergleichen werden nicht von uns erstattet.

c) Wir behalten uns Änderungen betreffend der Leistungen von „Mein Digital-Doc“, deren Umfang und Inanspruchnahme vor.

d) Das Angebot von „Mein Digital-Doc“ wird durch unseren Vertragspartner „Medi24 AG“ bereitgestellt, welches allein für die Qualität der erbrachten Dienstleistung verantwortlich ist. Von uns werden lediglich die Kosten für die Inanspruchnahme dieses Dienstes übernommen.

(5) Impfungen und Reiseimpfungen

Erstattet werden die Kosten (Arzt-honorar, Impfstoff, Titerbestimmung) von ärztlich empfohlenen Schutzimpfungen laut aktuellem Impfplan des Obersten Sanitätsrates. Die Kosten für Reiseimpfungen werden ebenfalls erstattet.

(6) Arzneimittel

Die Kosten der im Rahmen einer *Heilbehandlung* ärztlich verordneten, dem *Arzneimittelgesetz* entsprechenden und aus einer Apotheke bezogenen *Arzneimittel* werden erstattet. Rezeptgebühren werden ebenfalls erstattet. 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.

(7) Medizinische Heilbehelfe und Hilfsmittel

Die Kosten für medizinisch notwendige *Heilbehelfe* und *Hilfsmittel* werden erstattet sofern eine ärztliche Verordnung vorliegt aus der die Diagnose der Erkrankung hervorgeht, die Anfertigung oder Verwendung ausschließlich für Sie bestimmt ist und die entsprechenden Heilbehelfe in Orthopädie-, Sanitätshäusern oder Apotheken bezogen/gekauft wurden.

Nicht versichert sind Messgeräte, die zur dauernden selbstständigen Überwachung eines Krankheitsverlaufs (dazu gehören z.B. Geräte zur Messung des Blutdrucks oder des Blutzuckers) dienen. Ebenfalls nicht versichert sind allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens und der Körperpflege. Dazu zählen z.B. Bettdecken für Allergiker, Heizkissen, Wärmeflaschen, Infrarotlampen oder andere Haushaltsgeräte, die den Alltag zwar erleichtern, aber bei denen keine medizinische Indikation oder Notwendigkeit besteht.

Haben wir für *medizinische Heilbehelfe* oder *medizinische Hilfsmittel* bereits 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 Punkt (8) geregelt.

(8) Sehbehelfe und refraktive Augenoperationen

Als Sehbehelfe gelten optische Brillen und Kontaktlinsen. Nicht erstattet werden Pflegemittel und Zubehör (z.B. Kontaktlinsenaufbewahrungslösung, Brillenputztücher, Brillenetui). Anstelle einer Leistung für Sehbehelfe werden auch Leistungen für refraktive Augenoperationen (z.B. Hornhautlaserungen) erbracht.

(9) Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Podologie, nichtärztliche Ganzheitsmedizin

a) Die Kosten ärztlich verordneter, physiotherapeutischer *Heilbehandlungen* (z.B. Heilgymnastik, Heilmassagen, physikalische Behandlungen, Reflexzonenmassage) werden erstattet, wenn sie durch einen zur freiberuflichen Ausübung dieser Dienste Berechtigten durchgeführt wurden.

Für physikalische und *ganzheitsmedizinische Heilbehandlungen* (gemäß der Liste „Physikalische und ganzheitsmedizinische Behandlungsmethoden“ im Abschnitt 6 „Anhänge“, Anhang 1) durch sonstige Personen, die eine entsprechende Ausbildung nachweisen können und zur Ausübung dieser Tätigkeit zugelassen sind, besteht Versicherungsschutz, sofern die Behandlung auf ärztliche Anordnung erfolgt.

b) Die Kosten ärztlich verordneter Ergotherapie, Logopädie, Podologie werden erstattet, wenn sie durch einen Ergotherapeuten, Logopäden oder Podologen durchgeführt wurden.

(10) Psychotherapeutische Heilbehandlung, psychologische Diagnostik und Therapie

a) Voraussetzung für die Leistungserbringung ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung.

b) Die Kosten psychotherapeutischer *Heilbehandlungen* werden erstattet, wenn diese durch einen Arzt vorgenommen werden (ausgenommen Facharzt für Psychiatrie) oder auf ärztliche Verordnung durch Personen erfolgen, die zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind. Psychotherapeutische *Heilbehandlungen* durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin werden aus der Leistungsposition „Arzt- und Facharztkosten“ (siehe Punkt (3)) erstattet.

c) Die Kosten medizinisch notwendiger psychologischer Diagnostik und Therapie werden nur dann erstattet, wenn sie von einem Arzt, einem klinischen Psychologen mit entsprechender nachweisbarer Ausbildung und Berechtigung, durchgeführt werden. Bei einer Behandlung durch einen klinischen Psychologen ist keine ärztliche Zuweisung erforderlich.

(11) Meine Mentalkraft

a) Die psychologische Onlineberatung „Meine Mentalkraft“ kann von jeder versicherten Person ab einem Alter von 12 Jahren vier Mal pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Wird in einem Jahr die psychologische Onlineberatung weniger als vier Mal in Anspruch genommen, so verfallen die nicht in Anspruch genommenen Onlineberatungen und können nicht in anderen Kalenderjahren in Anspruch genommen werden.

b) Das Angebot von „Meine Mentalkraft“ wird durch unseren Vertragspartner „Insta Communications GmbH“ bereitgestellt, welches allein für die Qualität der erbrachten Dienstleistung verantwortlich ist. Von uns werden lediglich die Kosten der Inanspruchnahme dieses Dienstes übernommen.

c) Wir behalten uns Änderungen betreffend der Leistungen von „Meine Mentalkraft“, deren Umfang und Inanspruchnahme vor.

(12) Ergänzende Schwangerschaftsvorsorge und Begleitung

a) Die Kosten für die Beratung und Betreuung durch eine Hebamme werden während der Schwangerschaft und nach der Entbindung übernommen.

b) Die Kosten für Kurse zur Schwangerschaftsgymnastik und zum Schwangerschaftsyoga werden während der Schwangerschaft übernommen bzw. für Rückbildungsgymnastik nach der Schwangerschaft, wenn keine Leistung von einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht wird.

(13) Maßnahmen zur Gesundheitsförderung**a) Maßnahmen zur Raucherentwöhnung**

Die Leistung umfasst Kosten für eine Raucherentwöhnung unter Anleitung und Betreuung eines Arztes. Die Leistung umfasst auch die Kosten für Nikotinersatzstoffe (Nikotinpflaster, Nikotinkaugummi, Nikotinasenspray, Nikotinlutsch- und Nikotinsublingualtabletten sowie Nikotin-Inhaler), die im Rahmen der Therapie verwendet werden. Die Kosten für elektronische Zigaretten (EZigaretten, Vaporiser/Vaporizer) und die dazugehörigen Verbrauchsstoffe (Liquids) werden hingegen nicht erstattet.

b) Maßnahmen zur ärztlich empfohlenen Gewichtsreduktion inkl. Ernährungsberatung

Die Leistung umfasst Kosten für die Beratung und Betreuung durch einen Arzt, Diätologen, Ernährungsberater oder entsprechende Organisationen anlässlich ärztlich empfohlener und überwachter Maßnahmen zur Gewichtsreduktion ab einem nachgewiesenen Body-Mass-Index (BMI) von 25,0 oder höher.

c) Ernährungsberatung bei Nahrungsmittelunverträglichkeit

Die Leistung umfasst Kosten für die Beratung und Betreuung im Rahmen von Nahrungsmittelunverträglichkeiten durch einen Arzt, Diätologen, Ernährungsberater oder entsprechende Organisationen.

d) Ärztlicher Fitness-Check (Sportuntersuchung)

Die Leistung umfasst Kosten für einen Fitness-Check laut Empfehlung (Untersuchungsbogen) der Österreichischen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention sowie Sporttauglichkeitsuntersuchungen. Voraussetzung für die Übernahme von Kosten ist die Durchführung durch einen Arzt.

Was ist nicht versichert?**(1) Kein Versicherungsschutz besteht für**

a) vor Versicherungsbeginn entstandene *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen. Jedenfalls vom Versicherungsschutz ausgenommen sind *Heilbehandlungen*, die vor Versicherungsbeginn durchgeführt wurden.

b) *Krankheiten* und *Unfallfolgen*, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, sowie zum Zeitpunkt der Antragstellung geplante Behandlungen sind nur dann vom Versicherungsschutz umfasst, wenn sie bei Antragstellung angegeben wurden und in der Versicherungsurkunde keine diesbezüglichen Leistungsausschlüsse dokumentiert sind.

c) kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von *Unfallfolgen* dienen. Ausgenommen hiervon sind medizinisch notwendige Behandlungen, die der Beseitigung von *Unfallfolgen* dienen (z.B. Narbenkorrekturen), sofern eine Bewilligung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Übernahme der Kosten vorliegt.

d) alle Maßnahmen, die ausschließlich auf die Pflege, aber nicht auf die Diagnose und Therapie von

Erkrankungen ausgerichtet sind. Hierzu gehören zum Beispiel die Unterbringung in ein Pflegeheim, die Hauspflege und die Kosten für Pflegefachkräfte.

e) alle Formen der künstlichen Befruchtung (z.B. In-Vitro-Befruchtung, Insemination).

f) *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen, die aufgrund von *Abhängigkeitserkrankungen* (z.B. Alkohol-, Suchtgift- oder Medikamentenmissbrauch) eintreten oder verschlechtert werden oder deren *Heilbehandlung* infolge Missbrauches wesentlich erschwert ist, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren.

g) Anhaltung und Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung.

h) die Folgen von Selbstmordversuchen.

i) *Krankheiten* und *Unfälle* einschließlich deren Folgen, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt wurden.

j) *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen.

(4) Es besteht kein Versicherungsschutz für

a) alle Leistungen von Fachärzten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Zahnarzt). Darunter fallen insbesondere die Vorbeugung (z.B. Mundhygiene), Vorbereitungsuntersuchungen (z.B. für operative Eingriffe), die Diagnose (z.B. Röntgen) und Behandlung (Therapie) von *Erkrankungen* im Zahnbereich, Mundbereich und Kieferbereich einschließlich zahn- und kieferchirurgischer sowie kieferorthopädischer Eingriffe, sowie *Kontrolluntersuchungen*, sofern sie nicht der Beseitigung von *Unfallfolgen* dienen.

b) Die unter Punkt (4) a) genannten Leistungen werden auch dann nicht übernommen, wenn Sie von einem Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Facharzt für Kieferorthopädie oder Facharzt für Oralchirurgie durchgeführt werden.

c) alle Leistungen der Zahn- und Kieferregulierung

k) *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen, die durch Kriegsereignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzung, entstehen.

(2) Kein Versicherungsschutz besteht für die Heilbehandlung von *Krankheiten* und *Unfallfolgen*, die vom Versicherungsnehmer bzw. von der versicherten Person vor Abschluss des Versicherungsvertrages angegeben wurden, und für die ein Leistungsausschluss in der Versicherungsurkunde vereinbart wurde.

(3) Es besteht kein Versicherungsschutz für

a) die Kosten für Verhütungsmittel. Dazu zählen beispielsweise die Antibaby-Pille, Hormonimplantate, die Spirale und Notfallverhütung.

b) Nahrungsergänzungsmittel. Hierzu gehören zum Beispiel Vitaminpräparate und Mineralstoffpräparate.

c) alle pädagogischen oder sozial-integrativen Maßnahmen, die der Förderung der Entwicklung und des Sozialverhaltens dienen, jedoch nicht auf die Diagnose und Therapie von *Erkrankungen* abzielen. Hierzu gehören zum Beispiel heilpädagogische Maßnahmen oder die Frühförderung von Kindern.

2.3.4. WAHLARZT – MAX

Was ist versichert?

(1) Die versicherte Person hat im *Versicherungsfall* Anspruch auf Versicherungsschutz. Ihr konkreter Versicherungsschutz ist festgelegt durch die Versicherungsurkunde und die anwendbaren Versicherungsbedingungen des Abschnitts 2 des vorliegenden Dokuments „Meine Gesundheitsversicherung – Einfach erklärt“.

(2) Unter Versicherungsschutz stehen Leistungen für medizinisch notwendige ambulante *Heilbehandlungen* wegen *Krankheit, Unfall* oder Schwangerschaft. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf definierte Leistungen der Gesundheitsförderung, der Vorsorge (z.B. Impfungen), Online Dienste (z.B. die psychologische Onlineberatung), Zahn- & Kiefergesundheit, sowie definierte nichtärztliche Leistungen. Ihren konkreten Versicherungsschutz, also die im Rahmen dieses Paketes versicherten Leistungen, entnehmen Sie bitte den Punkten (3) bis (14).

(3) Arzt- und Facharztkosten (inkl. Ganzheitsmedizin)

a) Die versicherte Person hat freie Wahl unter den niedergelassenen, zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes zugelassenen

Ärzten. Leistungen von Fachärzten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie Fachärzten für Mund, Kiefer und Gesichtschirurgie werden nicht aus dieser Leistungsposition erstattet, sondern aus der Leistungsposition „Zahn- & Kiefergesundheit“ (siehe Punkt (14)).

Bei medizinischer Notwendigkeit werden während eines *Versicherungsfalles* auch die Kosten der Beiziehung mehrerer Ärzte erstattet. Behandeln Ärzte sich selbst, Ehegatten, Eltern oder Kinder, werden nur die nachgewiesenen *Sachkosten* erstattet.

b) Es werden die Kosten für Ordinationen, ärztliche Sonderleistungen (z.B. Injektionen, Infusionen, EKG) und besondere ärztliche Untersuchungen und Behandlungen (Labor, bildgebende Untersuchungen inkl. Ultraschall, CT, MRT, Gastroskopie, Koloskopie, Pränataldiagnostik) übernommen.

c) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf komplementärmedizinische Behandlungen (*Ganzheitsmedizin, Alternativmedizin*). Darunter sind beispielsweise folgende Behandlungen zu verstehen: Akupunktur, Biofeedback, Traditionelle Chinesische Medizin, Homöopathie, Neuraltherapie. Voraussetzung für die Anerkennung der Leistung ist die Durchführung durch einen Arzt.

d) Untersuchungen im Rahmen des Mutter-Kind-Passes

Die Leistung erstreckt sich auf die Untersuchungen vor der Entbindung. Leistungen für Untersuchungen des Kindes (nach der Entbindung) können nur aus einem aufrechten Paket des Kindes erbracht werden.

e) Ambulante und tagesklinische Operationen

Es werden die Kosten für ambulante und tagesklinische Operationen der Gruppen 1 bis 3 entsprechend dem jeweils aktuellen mit der Wiener Ärztekammer vereinbarten Operationsgruppenschema übernommen. Ausgenommen sind refraktive Augenoperationen, für die es eine eigene Leistungsposition gibt (siehe Punkt (8)). Zu den Operationskosten zählen insbesondere die Honorare 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*.

f) Es werden die Kosten für allgemeinmedizinische, augenärztliche, dermatologische, gynäkologische und urologische Kontrolluntersuchungen übernommen.

g) Es werden die Kosten für eine erweiterte jährliche *Vorsorgeuntersuchung* (erweiterte Gesundenuntersuchung) bei einem Wahlarzt bzw. Mehrkosten besonderer ärztlicher Untersuchungen (Labor, bildgebende Untersuchungen inkl. Ultraschall, CT, MRT, Gastroskopie, Koloskopie) anlässlich einer *Vorsorgeuntersuchung* der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen.

(4) Mein Digital-Doc

a) „Mein Digital-Doc“ ist ein digitaler Dienst, mit dem Sie allgemeine medizinische Beratung in Anspruch nehmen können.

b) „Mein Digital-Doc“ kann von jeder versicherten Person ab einem Alter von 18 Jahren genutzt werden. Etwaig anfallende Kosten für die Verbindung wie Gebühren für Telefonate, SMS, Daten Roaming und dergleichen werden nicht von uns erstattet.

c) Wir behalten uns Änderungen betreffend der Leistungen von „Mein Digital-Doc“, deren Umfang und Inanspruchnahme vor.

d) Das Angebot von „Mein Digital-Doc“ wird durch unseren Vertragspartner „Medi24 AG“ bereitgestellt, welches allein für die Qualität der erbrachten Dienstleistung verantwortlich ist. Von uns werden lediglich die Kosten für die Inanspruchnahme dieses Dienstes übernommen.

(5) Impfungen und Reiseimpfungen

Erstattet werden die Kosten (Arzthonorar, Impfstoff, Titerbestimmung) von ärztlich empfohlenen Schutzimpfungen laut aktuellem Impfplan des Obersten Sanitätsrates. Die Kosten für Reiseimpfungen werden ebenfalls erstattet.

(6) Arzneimittel

Die Kosten der im Rahmen einer *Heilbehandlung* ärztlich verordneten, dem *Arzneimittelgesetz* entsprechenden und aus einer Apotheke bezogenen *Arzneimittel* werden erstattet. Rezeptgebühren werden ebenfalls erstattet. 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.

(7) Medizinische Heilbehelfe und Hilfsmittel

Die Kosten für medizinisch notwendige *Heilbehelfe* und *Hilfsmittel* werden erstattet sofern eine ärztliche Verordnung vorliegt aus der die Diagnose der Erkrankung hervorgeht, die Anfertigung oder Verwendung ausschließlich für Sie bestimmt ist und die entsprechenden Heilbehelfe in Orthopädie-, Sanitätshäusern oder Apotheken bezogen/gekauft wurden.

Nicht versichert sind Messgeräte, die zur dauernden selbstständigen Überwachung eines Krankheitsverlaufs (dazu gehören z. B. Geräte zur Messung des Blutdrucks oder des Blutzuckers) dienen. Ebenfalls nicht versichert sind allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens und der Körperpflege. Dazu zählen z. B. Bettdecken für Allergiker, Heizkissen, Wärmeflaschen, Infrarotlampen oder andere Haushaltsgeräte, die den Alltag zwar erleichtern, aber bei denen keine medizinische Indikation oder Notwendigkeit besteht.

Haben wir für *medizinische Heilbehelfe* oder *medizinische Hilfsmittel* bereits 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 Punkt (8) geregelt.

(8) Sehbehelfe und refraktive Augenoperationen

Als Sehbehelfe gelten optische Brillen und Kontaktlinsen. Nicht erstattet werden Pflegemittel und Zubehör (z. B. Kontaktlinsenaufbewahrungslösung, Brillenputztücher, Brillenetui). Anstelle einer Leistung für Sehbehelfe werden auch Leistungen für refraktive Augenoperationen (z. B. Hornhautlaserungen) erbracht.

(9) Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Podologie, nichtärztliche Ganzheitsmedizin

a) Die Kosten ärztlich verordneter, physiotherapeutischer *Heilbehandlungen* (z. B. Heilgymnastik, Heilmassagen, physikalische Behandlungen, Reflexzonenmassage) werden erstattet, wenn sie durch einen zur freiberuflichen Ausübung dieser Dienste Berechtigten durchgeführt wurden.

Für physikalische und *ganzheitsmedizinische Heilbehandlungen* (gemäß der Liste „Physikalische und ganzheitsmedizinische Behandlungsmethoden“ im Abschnitt 6 „Anhänge“, Anhang 1), durch sonstige Personen, die eine entsprechende Ausbildung nachweisen können und zur Ausübung dieser Tätigkeit zugelassen sind, besteht Versicherungsschutz, sofern die Behandlung auf ärztliche Anordnung erfolgt.

b) Die Kosten ärztlich verordneter Ergotherapie, Logopädie, Podologie werden erstattet, wenn sie durch einen Ergotherapeuten, Logopäden oder Podologen durchgeführt wurden.

(10) Psychotherapeutische Heilbehandlung, psychologische Diagnostik und Therapie

a) Voraussetzung für die Leistungserbringung ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung.

b) Die Kosten psychotherapeutischer *Heilbehandlungen* werden erstattet, wenn diese durch einen Arzt vorgenommen werden (ausgenommen Facharzt für Psychiatrie) oder auf ärztliche Verordnung durch Personen erfolgen, die zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind. Psychotherapeutische *Heilbehandlungen* durch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin werden aus der Leistungsposition „Arzt- und Facharztkosten“ (siehe Punkt (3)) erstattet.

c) Die Kosten medizinisch notwendiger psychologischer Diagnostik und Therapie werden nur dann erstattet, wenn sie von einem Arzt, einem klinischen Psychologen mit entsprechender nachweisbarer Ausbildung und Berechtigung, durchgeführt werden. Bei einer Behandlung durch einen klinischen Psychologen ist keine ärztliche Zuweisung erforderlich.

(11) Meine Mentalkraft

a) Die psychologische Onlineberatung „Meine Mentalkraft“ kann von jeder versicherten Person ab einem Alter von 12 Jahren vier Mal pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden. Wird in einem Jahr die psychologische Onlineberatung weniger als vier Mal in Anspruch genommen, so verfallen die nicht in Anspruch genommenen Onlineberatungen und können nicht in anderen Kalenderjahren in Anspruch genommen werden.

b) Das Angebot von „Meine Mentalkraft“ wird durch unseren Vertragspartner „Insta Communications GmbH“ bereitgestellt, welches allein für die Qualität der erbrachten Dienstleistung verantwortlich ist. Von uns werden lediglich die Kosten der Inanspruchnahme dieses Dienstes übernommen.

c) Wir behalten uns Änderungen betreffend der Leistungen von „Meine Mentalkraft“, deren Umfang und Inanspruchnahme vor.

(12) Ergänzende Schwangerschaftsvorsorge und Begleitung

a) Die Kosten für die Beratung und Betreuung durch eine Hebamme werden während der Schwangerschaft und nach der Entbindung übernommen.

b) Die Kosten für Kurse zur Schwangerschaftsgymnastik und zum Schwangerschafts-yoga werden während der Schwangerschaft übernommen bzw. für Rückbildungsgymnastik nach der Schwangerschaft, wenn keine Leistung von einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht wird.

(13) Maßnahmen zur Gesundheitsförderung**a) Maßnahmen zur Raucherentwöhnung**

Die Leistung umfasst Kosten für eine Raucherentwöhnung unter Anleitung und Betreuung eines Arztes. Die Leistung umfasst auch die Kosten für Nikotinersatzstoffe (Nikotinpflaster, Nikotinkaugummi, Nikotinasenspray, Nikotinlutsch- und Nikotinsublingualtabletten sowie Nikotin-Inhaler), die im Rahmen der Therapie verwendet werden. Die Kosten für elektronische Zigaretten (EZigaretten, Vaporiser/Vaporizer) und die dazugehörigen Verbrauchsstoffe (Liquids) werden hingegen nicht erstattet.

b) Maßnahmen zur ärztlich empfohlenen Gewichtsreduktion inkl. Ernährungsberatung

Die Leistung umfasst Kosten für die Beratung und Betreuung durch einen Arzt, Diätologen, Ernährungsberater oder entsprechende Organisationen anlässlich ärztlich empfohlener

und überwachter Maßnahmen zur Gewichtsreduktion ab einem nachgewiesenen Body-Mass-Index (BMI) von 25,0 oder höher.

c) Ernährungsberatung bei Nahrungsmittelunverträglichkeit

Die Leistung umfasst Kosten für die Beratung und Betreuung im Rahmen von Nahrungsmittelunverträglichkeiten durch einen Arzt, Diätologen, Ernährungsberater oder entsprechende Organisationen.

d) Ärztlicher Fitness-Check (Sportuntersuchung)

Die Leistung umfasst Kosten für einen Fitness-Check laut Empfehlung (Untersuchungsbogen) der Österreichischen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention sowie Sporttauglichkeitsuntersuchungen. Voraussetzung für die Übernahme von Kosten ist die Durchführung durch einen Arzt.

(14) Zahn- & Kiefergesundheit

Für die nachfolgenden unter Punkt (A), (B) und (C) angeführten Leistungen werden 60% der Kosten bis zum jeweiligen Jahreslimit für Zahn- und Kiefergesundheit bzw. Unterlimit (für Mundhygiene und Zahnregulierung) erstattet. Das Jahres- bzw. die Unterlimite für Zahn- und Kiefergesundheit, Mundhygiene und Zahnregulierung sind der Versicherungsurkunde zu entnehmen.

Die Kosten für die nachfolgenden unter Punkt (A) und (C) angeführten *medizinisch notwendigen* Behandlungen werden nur dann erstattet, wenn sie von Fachärzten für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde oder Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie durchgeführt werden.

(A) Leistungen der Zahn- und Kiefergesundheit

a) Erstattet werden die Kosten für Zahnbehandlung und Zahnersatz, inklusive der Kosten für allfällige Anästhesie und Bildgebung. Unter Zahnbehandlungen fallen zum Beispiel Kunststofffüllungen, Wurzelbehandlungen, Wurzelkanalbehandlungen und Röntgenaufnahmen der Zähne. Unter Zahnersatz fallen zum Beispiel keramisch verblendete Kronen, Inlays aus Gold oder Keramik, Stiftzähne, Brücken, Implantate und Prothesen. Die behandelten oder ersetzten Zähne müssen in der Rechnung nach dem üblichen Zahnschema eindeutig bezeichnet sein.

b) Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten, wie zum Beispiel Parodontitis, Stomatitis, Gingivitis, Periostitis und Kiefereiterungen.

c) Erstattet werden die Kosten für ambulante zahnchirurgische,

kieferchirurgische und kieferorthopädische Operationen, einschließlich allfällige Anästhesie sowie Vorbereitungsuntersuchungen. Hierzu gehören zum Beispiel Eingriffe wie die Zahnextraktion, Exstirpation von Zysten, Wurzelspitzenresektion, Kieferkammerkorrektur sowie Taschenabtragung

d) zahnärztliche *Kontrolluntersuchungen* inkl. Bildgebung

(B) Mundhygiene

Erstattet werden die Kosten für zahnprophylaktische Behandlungen. Hierzu gehören zum Beispiel die professionellen Zahnreinigung, Kariesprophylaxe, Fissuren- und Zahnversiegelungen sowie Fluoridbehandlungen.

(C) Zahnregulierung (Zahnsparren)

Bei Zahnfehlstellungen ab *IOTN*-Stufe 3 werden sowohl die Behandlungskosten (Arzthonorare), als auch die Zahnsparren zur Korrektur von nicht operativen Zahnfehlstellungen erstattet. Die Einstufung über den Schweregrad (Bewertung mit dem *IOTN*-Index) muss durch einen Kieferorthopäden erfolgen und uns vor Beginn der Behandlung vorgelegt werden. Die Erstattung von Zahnsparren erfolgt nur einmalig während der Versicherungsdauer. Für Reparaturen oder Ersatz werden keine Leistungen erstattet.



Was ist nicht versichert?

(1) Kein Versicherungsschutz besteht für

a) vor Versicherungsbeginn entstandene *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen. Jedenfalls vom Versicherungsschutz ausgenommen sind *Heilbehandlungen*, die vor Versicherungsbeginn durchgeführt wurden.

b) *Krankheiten* und *Unfallfolgen*, die vor Versicherungsbeginn entstanden sind, sowie zum Zeitpunkt der Antragstellung geplante Behandlungen sind nur dann vom Versicherungsschutz umfasst, wenn sie bei Antragstellung angegeben wurden und in der Versicherungsurkunde keine diesbezüglichen Leistungsausschlüsse dokumentiert sind.

c) kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von *Unfallfolgen* dienen. Ausgenommen hiervon sind medizinisch notwendige Behandlungen, die der Beseitigung von *Unfallfolgen* dienen (z.B. Narbenkorrekturen), sofern eine Bewilligung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Übernahme der Kosten vorliegt.

d) alle Maßnahmen, die ausschließlich auf die Pflege, aber nicht auf die Diagnose und Therapie von

Erkrankungen ausgerichtet sind. Hierzu gehören zum Beispiel die Unterbringung in ein Pflegeheim, die Hauspflege und die Kosten für Pflegefachkräfte.

e) alle Formen der künstlichen Befruchtung (z.B. In-Vitro-Befruchtung, Insemination).

f) *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen, die aufgrund von *Abhängigkeitserkrankungen* (z.B. Alkohol-, Suchtgift- oder Medikamentenmissbrauch) eintreten oder verschlechtert werden oder deren *Heilbehandlung* infolge Missbrauches wesentlich erschwert ist, sowie für Entziehungsmaßnahmen und Entziehungskuren.

g) Anhaltung und Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung.

h) die Folgen von Selbstmordversuchen.

i) *Krankheiten* und *Unfälle* einschließlich deren Folgen, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt wurden.

j) *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen, die durch aktive Beteiligung an Unruhen, durch schuldhaftige Beteiligung an Schlägereien oder bei der Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung, die Vorsatz voraussetzt, entstehen.

k) *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen, die durch Kriegsergebnisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzung, entstehen.

(2) Kein Versicherungsschutz besteht für die Heilbehandlung von Krankheiten und Unfallfolgen, die vom Versicherungsnehmer bzw. von der versicherten Person vor Abschluss des Versicherungsvertrages angegeben wurden, und für die ein Leistungsausschluss in der Versicherungsurkunde vereinbart wurde.

(3) Es besteht kein Versicherungsschutz für

a) die Kosten für Verhütungsmittel. Dazu zählen beispielsweise die Antibaby-Pille, Hormonimplantate, die Spirale und Notfallverhütung.

b) Nahrungsergänzungsmittel. Hierzu gehören zum Beispiel Vitaminpräparate und Mineralstoffpräparate.

c) alle pädagogischen oder sozial-integrativen Maßnahmen, die der Förderung der Entwicklung und des Sozialverhaltens dienen, jedoch nicht auf die Diagnose und Therapie von *Erkrankungen* abzielen. Hierzu gehören zum Beispiel heilpädagogische Maßnahmen oder die Frühförderung von Kindern.

(4) In Abgrenzung zu den in Punkt (14) „Was ist versichert?“ genannten Sachverhalten besteht kein Versicherungsschutz

a) für alle Behandlungen, die bereits vor Versicherungsbeginn begonnen haben.

b) wenn bereits vor Versicherungsbeginn eine Behandlungsbedürftigkeit im Rahmen einer zahnärztlichen, kieferchirurgischen bzw. kieferorthopädischen Beratung festgestellt wurde oder eine Behandlung ärztlich angeraten ist.

c) für rein kosmetische Behandlungen. Dazu gehören Zahnbleachings (Zahnaufhellungen), Veneers, Zahnlückenschlüsse, Zahnschmuck, sowie der Austausch von Amalgamfüllungen wenn keine medizinische Notwendigkeit besteht.



2.4. OPTIONALE ZUSATZBAUSTEINE

2.4.1. PRÄMIENBONUS 65

(1) Voraussetzungen für Abschluss und Bestehen

a) Der Zusatzbaustein „PrämienBonus 65“ kann ergänzend zum Paket Sonderklasse Extra oder Sonderklasse Max abgeschlossen werden (im Folgenden „Hauptpaket“ genannt).

b) Der „PrämienBonus 65“ kann ab einem Alter von 19 Jahren abgeschlossen werden (konkret: ab dem 01.07. des Jahres, in dem die versicherte Person 19 Jahre alt wird). Das maximale Eintrittsalter beträgt 55 Jahre (Berechnung: Jahr des Versicherungsbeginns minus Geburtsjahr).

c) Wird das Hauptpaket beendet, dann endet damit zeitgleich auch der Baustein „PrämienBonus 65“. Damit enden bzw. entfallen auch alle Leistungsansprüche. Die Beendigung des Bausteins „PrämienBonus 65“ hat keinen Einfluss auf den Bestand des Hauptpaketes.

(2) Leistung und Zeitpunkt des Inkrafttretens der Leistung

Ab dem 1. des Monats, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet, wird die Prämie der versicherten Person im Hauptpaket sowie dem Zusatzbaustein „PrämienBonus 65“ um 50% reduziert, sofern der Baustein „PrämienBonus 65“ aufrecht ist.

2.4.2. MEINE ENERGIELADUNG

(1) Voraussetzungen für Abschluss und Bestehen

a) Der Zusatzbaustein „Meine Energieladung“ kann ergänzend zu einem bestehenden Sonderklasse-Paket oder Wahlarzt-Paket (im Folgenden „Hauptpaket“ genannt) abgeschlossen werden.

b) Es können nur Personen ab einem Alter von 19 Jahren (Berechnung: Jahr des Versicherungsbeginns minus Geburtsjahr) versichert werden.

c) Wird das Hauptpaket beendet, endet damit zeitgleich auch der Baustein „Meine Energieladung“ für dieses Hauptpaket. Damit enden bzw. entfallen auch alle Leistungsansprüche. Die Beendigung des Bausteins „Meine Energieladung“ hat keinen Einfluss auf den Bestand des jeweiligen Hauptpaketes.

(2) Leistungsumfang

a) Die versicherte Person hat mit Beginn des Vertrages und danach jeweils nach Ablauf von zwei *Versicherungsjahren* die Möglichkeit eines von insgesamt drei zur Auswahl stehenden Angeboten (Wellness, Fitness oder Balance) in Anspruch zu nehmen.

- **Wellness:** Das Angebot „Wellness“ umfasst eine Übernachtung in einem Hotel (inkl. Wellnesshotels, Thermenhotels) der Kategorie 3* superior, 4 oder 5 Sterne für die versicherte Person. Je nach Hotel werden eventuell Zusatzleistungen angeboten wie Genussgutscheine oder Massagen. Um zu erfahren, welche Angebote Ihnen im Bereich „Wellness“ zur Verfügung stehen und wie Sie „Meine Energieladung“ nutzen können, besuchen Sie bitte unser Allianz Kundenportal, unsere Internetseite www.allianz.at oder wenden Sie sich an unseren Kundenservice (entweder telefonisch unter 05 9009 588 oder per Mail unter gesundheitsversicherung@allianz.at).
- **Fitness:** Für die Inanspruchnahme eines Angebots aus der Kategorie „Fitness“ steht Ihnen zum jeweiligen Zeitpunkt eine Auswahl an verschiedenen Fitnessstudios sowie Yoga- und Pilatesangebote zur Verfügung. Um zu erfahren, welche Angebote Ihnen im Bereich „Fitness“ zur Verfügung stehen und wie Sie „Meine Energieladung“ nutzen können, besuchen Sie bitte unser Allianz Kundenportal, unsere Internetseite www.allianz.at oder wenden Sie sich an unseren Kundenservice (entweder telefonisch unter 05 9009 588 oder per Mail unter gesundheitsversicherung@allianz.at).

- **Balance:** In der Kategorie „Balance“ steht Ihnen eine Auswahl an verschiedenen Angeboten und Dienstleistungen zur Verfügung wie z.B. Massagen, Ernährungsberatung und Fastenprogramme. Um zu erfahren, welche Angebote Ihnen im Bereich „Balance“ zur Verfügung stehen und wie Sie „Meine Energieladung“ nutzen können, besuchen Sie bitte unser Allianz Kundenportal, unsere Internetseite www.allianz.at oder wenden Sie sich an unseren Kundenservice (entweder telefonisch unter 05 9009 588 oder per Mail unter gesundheitsversicherung@allianz.at).

(3) Anspruch auf die in Punkt (2) angeführten Leistungen besteht nur wenn der Zusatzbaustein „Meine Energieladung“ aufrecht und die Prämie bezahlt ist.

(4) Eventuell anfallende Kosten für Umbuchungen, die nach einer bereits bestätigten Buchung erfolgen, sind nicht Gegenstand der Versicherung und werden von uns nicht erstattet.

(5) Die in Punkt (2) angeführten Leistungen können nur von der versicherten Person in Anspruch genommen werden und sind nicht auf andere Personen übertragbar.

(6) Das Angebot von „Meine Energieladung“ wird durch unseren Vertragspartner „EMOTION Marketing & Tourismus GmbH“ bereitgestellt, welches allein für die Qualität der erbrachten

Dienstleistung verantwortlich ist. Von uns werden lediglich die Kosten der Inanspruchnahme dieses Dienstes übernommen.

(7) Wir behalten uns Änderungen betreffend der Leistungen von „Meine Energieladung“, deren Umfang und Inanspruchnahme vor.

2.4.3. MEINE REISE-ASSISTANCE

(1) Voraussetzungen für Abschluss und Bestehen

a) Der Zusatzbaustein „Meine Reise-Assistance“ kann ergänzend zu einem bestehenden Sonderklasse Paket und/oder Wahlarzt Paket (im Folgenden "Hauptpaket" genannt) abgeschlossen werden.

b) Wird das Hauptpaket beendet, endet damit zeitgleich auch der Baustein „Meine Reise-Assistance“ für dieses Hauptpaket. Damit enden bzw. entfallen auch alle Leistungsansprüche aus dem Zusatzbaustein „Meine Reise-Assistance“. Die Beendigung des Bausteins „Meine Reise-Assistance“ hat keinen Einfluss auf den Bestand des jeweiligen Hauptpaketes.

(2) Was ist versichert?

a) Heilkostenversicherung bei Auslandsreisen

Wir ersetzen bei *medizinisch notwendigen Heilbehandlungen* der versicherten Person wegen *Krankheit* oder *Unfallfolgen* während einer Auslandsreise die Kosten für die nachfolgend angeführten Leistungen bis zum jeweiligen Höchstbetrag, der in der Versicherungsurkunde angegeben ist:

- Ambulante ärztliche Behandlungen durch einen zugelassenen Arzt (inkl. verordnete Medikamente)
- Stationäre Behandlung im nächstgelegenen, geeigneten Krankenhaus, das nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeitet und unter ständiger ärztlicher Leitung steht
- Medikamenten- und Serentransport in medizinisch dringend notwendigen Fällen vom nächstgelegenen Depot soweit zulässig

b) Bergungskosten

Wir ersetzen *Bergungskosten* bis zum jeweiligen Höchstbetrag, der in der Versicherungsurkunde angegeben ist, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise als vermisst gilt oder aus einer körperlichen Notlage geborgen werden muss

c) Rückreise und Rücktransport

Wir organisieren und bezahlen die folgenden Leistungen zur Gänze, wenn eine rechtzeitige Kontaktaufnahme mit der Allianz Elementar

Assistance-Zentrale (siehe Punkt (4)) erfolgt ist und ein entsprechender medizinischer Befund vorliegt:

- Überführung in das nächstgelegene Krankenhaus, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise schwer erkrankt, einen *Unfall* erleidet oder wenn eine ärztlich attestierte, unerwartete Verschlimmerung eines chronischen Leidens eintritt.
- Medizinisch betreute Rückreise in ein Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person, wenn diese während einer Auslandsreise schwer erkrankt, einen *Unfall* erleidet oder wenn eine ärztlich attestierte, unerwartete Verschlimmerung eines chronischen Leidens eintritt und aus medizinischem Grund eine medizinisch betreute Rückreise in ein für die Behandlung geeignetes Krankenhaus am Wohnort der versicherten Person erforderlich ist. Die Ärzte der Assistance-Zentrale entscheiden anhand des medizinischen Befundes über die Art des Transports.
- Rückreise an den Wohnort der versicherten Person ohne Begleitung durch medizinisches Pflegepersonal, gestützt auf einen entsprechenden medizinischen Befund, wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise schwer erkrankt, einen *Unfall* erleidet oder wenn eine ärztlich attestierte, unerwartete Verschlimmerung eines chronischen Leidens eintritt.

- Überführung im Todesfall:
Wenn die versicherte Person während einer Auslandsreise stirbt, übernehmen wir die Kosten für die Überführung der sterblichen Überreste an den Wohnort. Die Hilfeleistung muss in jedem Fall bei der Assistance-Zentrale angefordert werden.
- Rückreise wegen Reiseabbruchs der versicherten Person: Muss die versicherte Person oder ein mitreisender Familienangehöriger eine Auslandsreise wegen schwerer Krankheit, *Unfall* oder einer ärztlich attestierten Verschlimmerung eines chronischen Leidens vorzeitig abbrechen, organisieren und bezahlen wir nach Kontaktaufnahme mit der Assistance-Zentrale die vorzeitige Rückreise der mitreisenden Familienangehörigen.
- Betreuung mitreisender minderjähriger Kinder: Muss die versicherte Person aufgrund einer schweren Krankheit, eines *Unfalls* oder einer ärztlich attestierten Verschlimmerung eines chronischen Leidens eine Auslandreise vorzeitig abbrechen, organisieren und bezahlen wir die Betreuung der mitreisenden minderjährigen Kinder, welche die Reise allein fortsetzen oder zurückkehren mussten.

d) Besuchsreise

Wenn die versicherte Person im Ausland einer länger als 7 Tagen andauernden stationären

Behandlung unterzogen werden muss, organisieren und bezahlen wir nach Kontaktaufnahme mit der Assistance-Zentrale eine Besuchsreise für maximal zwei nahestehende Personen an das Krankenbett (Bahnkarte 1. Klasse, Flugticket Economy Klasse).

e) Service-Dienstleistungen

• **Benachrichtigung von Personen zu Hause**

Wenn durch die Assistance-Zentrale Maßnahmen gemäß Punkt (2) c) „Rückreise und Rücktransport“ organisiert wurden, benachrichtigt diese bei Bedarf die Angehörigen und den Arbeitgeber der versicherten Person über den Sachverhalt und die getroffenen Maßnahmen.

• **Reise-Informationen**

Die Assistance-Zentrale erteilt der versicherten Person vor der Antritt einer Auslandsreise auf Anfrage wichtige Informationen, z.B. über Einreisebestimmungen, Gebühren, Zoll, Währungen etc.

• **Vermittlung von Krankenhäusern und Arztkontakten im Ausland**

Die Assistance-Zentrale vermittelt der versicherten Person bei Bedarf einen Korrespondenzarzt oder ein Krankenhaus in der Gegend ihres Aufenthaltes während einer Auslandsreise. Im Falle von Verständigungsproblemen leistet die Assistance-Zentrale Übersetzungshilfe.

(3) Was ist nicht versichert?

Kein Versicherungsschutz besteht

a) wenn die Assistance-Zentrale zur Leistungserbringung nicht vorher die Zustimmung erteilt hat bzw. der Meldepflicht innerhalb von drei Tagen bei stationärer Behandlung nicht nachgekommen wurde (telefonische Schadensmeldung in der Assistance-Zentrale, siehe Punkt (4) „Pflichten im Schadenfall“).

b) wenn ein Ereignis oder Leiden bei Versicherungsbeginn oder bei Reiseantritt bereits eingetreten und für die versicherte Person erkennbar war.

c) wenn die versicherte Person das Ereignis oder Leiden herbeigeführt hat durch:

- Missbrauch von Alkohol, Drogen oder *Arzneimittel*
- Aktive Beteiligung an Streiks oder Unruhen
- Teilnahme an Rennen und ähnlichen Wettfahrten mit Motorfahrzeugen oder Booten oder deren Training
- die Benützung von Fluggeräten wie Para- oder Hängegleitern, Leichtflugzeugen, Sport- oder Segelflugzeugen mit oder ohne Motor etc., unabhängig davon, ob diese selbst gesteuert werden oder nicht

- die Teilnahme an Landes-, Bundes- oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des Schilafens, Schispringens, Bob-, Schibob- oder Skeletonfahrens sowie im offiziellen Training für diese Veranstaltungen.
- den Versuch oder die Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch den Versicherten, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist.
- körperliche Schädigung bei Heilmaßnahmen und Eingriffen, die der Versicherte an seinem Körper vornimmt oder vornehmen lässt, soweit nicht ein versichertes Ereignis dafür Anlass war.

d) wenn kriegerische Ereignisse, Unruhen oder Terror aller Art und die dagegen ergriffenen Maßnahmen, Epidemien, Pandemien, Naturkatastrophen oder radioaktive Strahlung an der Reisedestination das Leben der versicherten Person gefährden oder von offizieller österreichischer Stelle (Bundesministerium für auswärtige Angelegenheiten) von einer Reisedurchführung abgeraten wird.

e) für Behandlungen, die ausschließlicher oder teilweiser Grund für den Antritt einer Reise sind.

f) für Kuraufenthalte.

g) für konservierende oder prothetische Zahnbehandlungen

h) für Entbindungen und Schwangerschaftsunterbrechungen.

i) für Impfungen, ärztliche Gutachten, *Kontrolluntersuchungen* und Nachbehandlungen, Reiseapotheken und prophylaktische Medikamente.

j) für die Beistellung von Heilbehelfen (z.B. Brillen, Einlagen, Prothesen).

k) für *Krankheiten* und *Unfälle*, die durch Ausübung einer beruflich bedingten manuellen Tätigkeit entstehen.

l) für Sonderleistungen im Krankenhaus, wie Sonderklasse, Telefon, TV etc.

(4) Pflichten im Schadenfall

Bei Eintritt eines versicherten Ereignisses ist die Allianz Elementar Assistance-Zentrale unverzüglich zu informieren. Die Telefonnummer der Assistance-Zentrale ist der Partner-Card, die jeder versicherten Person nach Vertragsabschluss zugesandt wird, zu entnehmen. Bei *medizinisch notwendiger* Inanspruchnahme einer stationären Behandlung genügt die Meldung an die Assistance-Zentrale bis längstens drei Tage nach Aufnahme.

Nach der telefonischen Kontaktaufnahme veranlasst die Assistance-Zentrale alle notwendigen Maßnahmen, die zur Bearbeitung des Ereignisses erforderlich sind, insbesondere die erforderlichen Kontakte zwischen den Servicepartnern (Dienstleistern) und den Ärzten der

Assistance-Zentrale, dem behandelnden Arzt vor Ort und – wenn notwendig – dem Hausarzt der versicherten Person, um die geeigneten Maßnahmen einzuleiten.

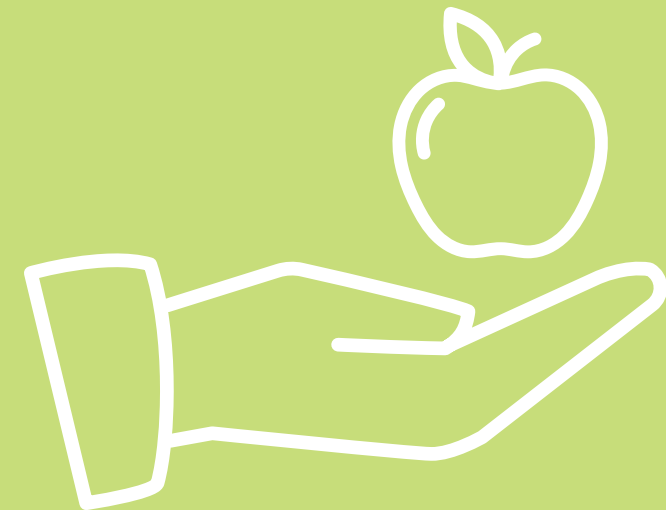
Die medizinische Beurteilung der Art und Schwere des Leidens erfolgt ausschließlich durch die Ärzte der Assistance-Zentrale. Diese entscheiden über die Durchführung der entsprechenden medizinischen Hilfsmaßnahmen.

(5) Örtlicher und zeitlicher Geltungsbereich

Die Versicherung gilt bei Auslandsreisen auf der ganzen Welt mit einer Dauer von maximal 62 Tagen.

(6) Subsidiarität

Die Leistungen aus dem Zusatzbaustein „Meine Reise-Assistance“ sind subsidiär: Bestehen für Behandlungs-, Reise- und Transportkosten mehrere Versicherungen bei öffentlichen oder privaten Versicherungsträgern, so werden diese gesamthaft nur einmal und aus dem Zusatzbaustein „Meine Reise-Assistance“ nur insoweit vergütet, als sie von den oben genannten Versicherungsträgern nicht übernommen werden.



2.5. OBLIEGENHEITEN UND PFLICHTEN DES VERSICHERUNGS- NEHMERS

2.5.1. RUND UM DIE PRÄMIENZAHLUNG

(1) Prämien, Gebühren und Abgaben

a) Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Es besteht die Möglichkeit eine unterjährige Zahlweise zu vereinbaren. Die vereinbarte Zahlweise finden Sie in der Versicherungs-urkunde. Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist binnen 14 Tagen nach Zustellung der Versicherungs-urkunde fällig.



b) Prämienbegünstigung: Kinderprämie

Für versicherte Kinder wird bis zum 1. Juli des Jahres, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, eine begünstigte Kinderprämie angewendet. Mit dem 1. Juli des Jahres, in dem das 19. Lebensjahr vollendet wird, wird die Prämie auf denjenigen Betrag angehoben, den das abgeschlossene Paket für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter die Versicherung abschließen. Wir werden den Versicherungsnehmer mindestens einen Monat vor Wirksamwerden der Erhöhung über die neue Prämie verständigen. Der Versicherungsnehmer hat dann die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag hinsichtlich des versicherten Kindes zum 1. Juli des Jahres, in dem das 19. Lebensjahr vollendet wird, innerhalb einer Frist von 4 Wochen ab Empfang der Verständigung über die Prämien-erhöhung in Schriftform zu kündigen.

c) Prämienbegünstigung: Kombinationsrabatt

Hat eine versicherte Person im selben Versicherungsvertrag sowohl ein Sonderklasse- als auch ein Wahlarzt-Paket versichert, wird ein Kombinationsrabatt in Höhe von 20% auf die Prämie des Wahlarzt-Paketes angerechnet. Bei Wegfall dieser Voraussetzung entfällt der Kombinationsrabatt ab dem folgenden Monatsersten.

d) Die Prämien sind an die von uns zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

e) Allfällige Abgaben aus dem Versicherungsvertrag, wie zum Beispiel die Versicherungssteuer, trägt der Versicherungsnehmer.

f) Gebühren

Bestimmte Leistungen sind von der Versicherungsprämie nicht umfasst. Für diese durch den Versicherungsnehmer veranlassten Mehraufwendungen verrechnen wir angemessene Gebühren. Die jeweils aktuellen Gebühren finden Sie auf unserer Internetseite im Downloadbereich (https://www.allianz.at/de_AT/servicebox/download.html).

(2) Zahlungsverzug und dessen Folgen

a) Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate nicht rechtzeitig geleistet (siehe Kapitel 2.1 „Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes“, Punkt (7)), so besteht kein Versicherungsschutz; weiters können wir, solange die Zahlung nicht erfolgt ist, vom Vertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb dreier Monate vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend gemacht wird.

b) Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig bezahlt, so können wir den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien und Kostenschuld und der Rechtsfolgen weiterer Säumnis schriftlich auffordern, die Schuld innerhalb einer

Zahlungsfrist von zwei Wochen, vom Empfang der Aufforderung an gerechnet, an die von uns bezeichnete Stelle ohne Abrechnung von Überweisungskosten zu bezahlen.

Neben Mahngebühren können Verzugszinsen in Höhe der gesetzlichen Verzugszinsen eingehoben werden. Nach Ablauf der Zahlungsfrist von zwei Wochen werden, wenn bis dahin der eingemahnte Betrag nicht bezahlt ist, die gestundeten Prämienraten des laufenden Versicherungsjahres fällig.

c) Tritt der *Versicherungsfall* nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und ist der Versicherungsnehmer zu dieser Zeit mit der Zahlung der Prämien ganz oder teilweise im Verzug, so ist die Allianz von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung ohne sein Verschulden verhindert war.

Die vorgesehene Leistungsfreiheit tritt ein, wenn der Versicherungsnehmer mit mehr als 10% der Jahresprämie, mindestens aber EUR 60,00 im Verzug ist.

Unsere Leistungspflicht lebt nach Bezahlung aller rückständigen Prämien wieder auf, jedoch besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der Zahlungsfrist und vor Nachzahlung der rückständigen Prämien eingetreten sind und deren Folgen kein Anspruch auf Leistung.

d) Wir sind berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist mit der Zahlung der Prämie im Verzug ist. Die Allianz kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist den Versicherungsvertrag so kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung der Prämie im Verzug ist.

e) Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der *Versicherungsfall* bereits eingetreten ist.

2.5.2. ANZEIGEPFLICHT VOR ABSCHLUSS DES VERSICHERUNGSVERTRAGES, FOLGEN DER VERLETZUNG DIESER ANZEIGEPFLICHT

(1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben bei der Antragstellung und zwischen Antragstellung und Zustellung der Versicherungsurkunde alle erheblichen Gefahrenumstände anzuzeigen. Jeder Gefahrenumstand, nach dem wir ausdrücklich in geschriebener Form gefragt haben, gilt im Zweifel als erheblich.

(2) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person die Anzeigepflicht über erhebliche Gefahrenumstände schuldhaft (fahrlässig oder vorsätzlich) verletzt, so können wir vom Vertrag zurücktreten. Die Anzeigepflicht ist auch dann verletzt, wenn Fragen um Gefahrenumstände unvollständig beantwortet werden.

(3) Der Rücktritt vom Versicherungsvertrag ist innerhalb eines Monats von dem Tag an zulässig, an dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben. Drei Jahre nach Vertragsabschluss ist die Ausübung des Rücktrittsrechtes nicht mehr möglich.

(4) Treten wir vom Versicherungsvertrag zurück, nachdem ein *Versicherungsfall* eingetreten ist, so bleibt der Versicherungsschutz bestehen, wenn der Umstand, in Ansehung dessen die Anzeigepflicht verletzt wurde, keinen Einfluss auf den Eintritt des *Versicherungsfalles* oder soweit er keinen Einfluss auf den Umfang der Leistung der Allianz gehabt hat. Wir können jedoch die Rückzahlung der Leistungen verlangen, die sich auf Tatsachen beziehen, die zum Rücktritt geführt haben.

(5) Treffen die Voraussetzungen für den Rücktritt nur auf einzelne versicherte Personen zu, so kann er auf diese beschränkt werden. Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht, innerhalb eines Monats nach Erhalt der Rücktrittserklärung den Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung zur Gänze zu kündigen.

(6) Unser Recht, den Vertrag wegen Arglist anzufechten, wird durch die vorstehenden Bestimmungen nicht berührt.

(7) Ist die dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person beim Abschluss des Vertrages obliegende Anzeigepflicht verletzt worden, unser Rücktrittsrecht aber mangels Verschulden des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person oder wegen Zeitablauf gemäß Punkt (3) ausgeschlossen, so können wir vom Beginn des laufenden *Versicherungsjahres* an eine höhere Prämie verlangen, falls sie mit Rücksicht auf das höhere Risiko angemessen ist.

Wird das höhere Risiko nach den für den Geschäftsbetrieb der Allianz maßgebenden Grundsätzen auch gegen eine höhere Prämie nicht übernommen, so besteht diesbezüglich kein Versicherungsschutz (Leistungsausschluss). Der Anspruch auf die höhere Prämie erlischt, wenn er nicht innerhalb eines Monats von dem Zeitpunkt an geltend gemacht wird, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht oder von dem nicht angezeigten Umstand ausreichend Kenntnis erlangt haben.

Wird eine höhere Prämie oder ein Leistungsausschluss vereinbart, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der betroffenen Personen innerhalb eines Monats vom Zugang der Mitteilung über die Änderung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung zu kündigen.

2.5.3. BEKANNTGABE UND ÄNDERUNG DES HAUPTWOHNSITZES

(1) Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben bei der Antragstellung den Hauptwohnsitz korrekt anzugeben.

(2) Ändert sich beim Versicherungsnehmer oder einer der versicherten Personen der Hauptwohnsitz, sind diese dazu verpflichtet uns das innerhalb von vier Wochen in Schriftform mitzuteilen. Diese Verpflichtung stellt eine vertragliche Obliegenheit dar, deren Verletzung zu unserer gänzlichen oder teilweisen Leistungsfreiheit führen kann. Ein Wechsel des Hauptwohnsitzes innerhalb Österreichs kann – aufgrund unterschiedlicher Prämien- und Leistungsermittlung für die jeweiligen Bundesländer – zu einer Änderung des Versicherungsschutzes bzw. der Versicherungsprämie führen. Das Ausmaß der Versicherungsprämie sowie der im *Versicherungsfall* zu erbringenden Leistungen bemisst sich nach dem tatsächlichen Hauptwohnsitz des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person. Wenn uns die Änderung des Hauptwohnsitzes nicht rechtzeitig mitgeteilt wird, so kann es im Leistungsfall demnach zu einer bloß teilweisen Erstattung der vertraglich vereinbarten Leistungen kommen.

(3) Ergibt sich aus dem Wechsel des Hauptwohnsitzes eine geänderte Prämie, so wird die neue Prämie zum nächsten Monatsersten ab Gültigwerden des neuen Hauptwohnsitzes fällig.

(4) Hat der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz gewechselt, dies aber der Allianz nicht mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen der Allianz dem Versicherungsnehmer gegenüber die Zustellung des Briefes an die letzte der Allianz bekannt gegebene Anschrift.

2.5.4. ÄNDERUNG ODER WEGFALL DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

(1) Erlischt oder ändert sich das Versicherungsverhältnis in der gesetzlichen Krankenversicherung, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies der Allianz innerhalb von vier Wochen in geschriebener Form mitzuteilen.

2.5.5. PFLICHTEN DES VERSICHERUNGSNEHMERS UND DER VERSICHERTEN PERSON WÄHREND DES BESTEHENS DES VERSICHERUNGSVERTRAGES – FOLGEN DER VERLETZUNG DIESER PFLICHTEN

(1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des *Versicherungsfalles* oder der Art und des Umfanges des Versicherungsschutzes erforderlich ist. Dies umfasst auch die Verpflichtung der versicherten Person, sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Auskunftspflicht nach Punkt (1), so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei, sofern die Verletzung vorsätzlich oder grob fahrlässig erfolgt ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung bleiben wir zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des *Versicherungsfalles* noch auf die Feststellung oder den Umfang der uns obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat.

(3) Wird für eine versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenversicherungsvertrag abgeschlossen, so ist die Allianz vom weiteren Versicherungsvertrag unverzüglich zu informieren.

(4) Wird die in Punkt (3) genannte Informationspflicht schuldhaft verletzt, so sind wir von der Verpflichtung zur Erbringung von Leistungen, die ohne Kostennachweis zu erstatten sind, wie z.B. dem Ersatztagelohn oder dem Zuschuss für Kur und Rehabilitation, frei. Wir können überdies den Versicherungsvertrag zur Gänze oder nur hinsichtlich der betreffenden versicherten Personen innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Obliegenheitsverletzung Kenntnis erlangt haben, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Kündigen wir innerhalb eines Monats nicht, so können wir uns auf die Leistungsfreiheit nicht berufen.

2.5.6. ANSPRÜCHE GEGEN DRITTE

(1) Bestehen für einen *Versicherungsfall* neben dem Anspruch gegen die Allianz gleichartige Ansprüche gegenüber dritten Personen oder öffentlich rechtlichen oder privaten Versicherungsträgern, so gehen diese Ansprüche insoweit auf die Allianz über, als diese die Kosten ersetzt. Der Anspruchsberechtigte ist verpflichtet, diese Abtretung auf unser Verlangen schriftlich zu bestätigen.

(2) Soweit der Anspruchsberechtigte von schadenersatzpflichtigen dritten Personen oder aufgrund anderer Versicherungsverträge schon Ersatz der ihm entstandenen Kosten erhalten hat, sind wir berechtigt, den Ersatz auf unsere Leistungen anzurechnen.

(3) Die Punkte (1) und (2) gelten nicht für Leistungen, die ohne Kostennachweis zu erstatten sind, wie z.B. dem Ersatztagelohn oder dem Zuschuss für Kur und Rehabilitation.

(4) Die Verpflichtung der Allianz zur Leistung für Kosten, deren teilweisen Ersatz der Anspruchsberechtigte von einem öffentlich rechtlichen Versicherungsträger fordern kann, tritt erst ein, wenn letzterer die ihm obliegenden Leistungen gewährt hat.

(5) Gibt der Anspruchsberechtigte seinen Anspruch gegen Dritte oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung der Allianz auf, so wird die Allianz von der Ersatzpflicht insoweit frei, als sie aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

2.6. AUSZAHLUNG DER VERSICHERUNGSLEISTUNGEN

(1) Wir können Versicherungsleistungen nur erstatten, wenn uns entsprechende Rechnungen oder Aufenthaltsbestätigungen übermittelt werden. Diese Belege müssen die persönlichen Daten der behandelten, versicherten Person (Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Adresse), die *Nummer der Versicherungsurkunde* sowie Informationen zur durchgeführten Behandlung (insbesondere die Diagnose, Aufstellung der erbrachten Leistungen, Behandlungszeitraum) enthalten.

(2) Wir dürfen die Personen, die uns Rechnungen und Aufenthaltsbestätigungen zwecks Erstattung von Versicherungsleistungen vorlegt, als zum Empfang der darauf entfallenden Versicherungsleistungen berechtigt ansehen.

(3) Die Belege gehen in unser Eigentum über und müssen nicht rückausgefolgt werden.

(4) Wir sind berechtigt, bei jeder Überweisung die tatsächlich auflaufenden Kosten der Überweisung in Rechnung zu stellen.

(5) Rechnungen und Aufenthaltsbestätigungen müssen in deutscher oder englischer Sprache vorgelegt werden. Etwaige Übersetzungskosten sind vom Versicherungsnehmer zu tragen.

(6) In ausländischer Währung entstandene Kosten werden in Euro ersetzt. Für die Umrechnung ist der Devisenmittelkurs der Wiener Börse des letzten im Ausland erfolgten Behandlungstages maßgeblich.

(7) Die Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder verpfändet noch abgetreten werden. Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen der Allianz nur aufrechnen, wenn es sich um Gegenforderungen handelt, die im rechtlichen Zusammenhang mit seiner Forderung stehen und die gerichtlich festgestellt oder die von der Allianz anerkannt worden sind.

(8) Wir sind von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Anspruch auf die Leistung nicht innerhalb eines Jahres gerichtlich geltend gemacht wird. Die Frist beginnt erst, nachdem die Allianz dem Versicherungsnehmer gegenüber den erhobenen Anspruch in einer dem nachfolgenden Punkt (10) entsprechenden Weise sowie unter Angabe der mit dem Ablauf der Frist verbundenen Rechtsfolge abgelehnt hat; sie ist für die Dauer von Vergleichsverhandlungen über den erhobenen Anspruch gehemmt. Die Leistungsfreiheit tritt nicht ein, wenn der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen gerichtlichen Geltendmachung des Anspruchs ohne sein Verschulden gehindert war.

(9) Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren.

(10) Wurde der Allianz ein Versicherungsanspruch gemeldet, so ist die Verjährung bis zum Einlangen einer schriftlichen Entscheidung der Allianz gehemmt, die zumindest mit der Anführung der der Ablehnung derzeit zu Grunde gelegten Tatsache und gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmung begründet ist. Nach Ablauf von zehn Jahren tritt jedoch die Verjährung jedenfalls ein.

2.7. WAS SOLLTEN SIE NOCH UNBEDINGT ZU IHREM VERSICHERUNGS- VERHÄLTNIS WISSEN?

2.7.1. RUHEN DES VERSICHERUNGS- SCHUTZES

(1) Auf Antrag des Versicherungsnehmers kann in begründeten Fällen für einen im Voraus bestimmten Zeitraum von nicht mehr als zwölf Monaten das Ruhen der Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag vereinbart werden. Das Ruhen des Versicherungsschutzes muss in Schriftform vom Versicherungsnehmer beantragt werden.

(2) Für den Zeitraum der Ruhendstellung ist ein Ruhensbeitrag in Höhe von 20% der Tarifprämie im Voraus zu entrichten. Kein Versicherungsschutz besteht für *Versicherungsfälle*, die während des Ruhens des Versicherungsvertrages eingetreten sind. Für die Fortsetzung der *Heilbehandlung* nach Ende des Ruhens besteht Versicherungsschutz.

(3) Eine vom Versicherungsnehmer beantragte Wiederinkraftsetzung der Versicherung vor Ablauf des vereinbarten Zeitraumes kann von einer Gesundheitsprüfung abhängig gemacht werden.

2.7.2. ANWARTSCHAFT

(1) Wenn Sie für einen längeren Zeitraum (mindestens 1 Jahr) ins Ausland gehen, kann für die Zeit des Auslandsaufenthaltes eine Anwartschaft beantragt werden. Mit einer Anwartschaft besteht die Möglichkeit, den Versicherungsvertrag nach Rückkehr aus dem Ausland ohne neuerliche Gesundheitsprüfung und ohne neuerliche *Wartezeiten* wieder aufleben zu lassen. Bei Reaktivierung des Versicherungsvertrags wird für die Prämienberechnung die bisherige Versicherungsdauer angerechnet. Die Anwartschaft muss in Schriftform vom Versicherungsnehmer beantragt werden.

(2) Eine Anwartschaft kann nur dann abgeschlossen werden, wenn Sie weiterhin eine Postadresse und Konto-Verbindung in Österreich haben und eine Rückkehr nach Österreich geplant ist. Eine Anwartschaft kann nur für die Sonderklasse- und Wahlarzt Pakete sowie den optionalen Zusatzbaustein PrämienBonus 65 vereinbart werden. Ein allfällig bestehender optionaler Zusatzbaustein „Meine Reise-Assistance“ oder „Meine Energieladung“, kann nicht auf Anwartschaft umgestellt werden, sondern wird storniert. Für den Zeitraum der Anwartschaft ist eine Anwartschaftsprämie in Höhe von 20% der Tarifprämie zu entrichten.

(3) Für *Versicherungsfälle*, die während der Anwartschaft eintreten, besteht kein Versicherungsschutz. Für die Fortsetzung einer *Heilbehandlung* nach Reaktivierung des Versicherungsvertrages besteht Versicherungsschutz.

(4) Die Reaktivierung des Versicherungsvertrages erfolgt mit der neuerlichen Verlegung des Hauptwohnsitzes nach Österreich. Wird bei der Rückkehr nach Österreich ein entsprechender Nachweis vorgelegt (zum Beispiel ein Meldezettel), kann die Reaktivierung des Versicherungsvertrages zum nächsten Monatsersten erfolgen, in allen anderen Fällen zur nächsten *Hauptfälligkeit*.

2.7.3. BEENDIGUNG DES VERSICHERUNGS- VERTRAGES

(1) Kündigung durch den Versicherungsnehmer

a) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Der Antragsteller verzichtet für die Dauer von 2 Jahren auf sein Kündigungsrecht. Das heißt, dass die Versicherung erstmals zum Ende des 3. *Versicherungsjahres* gekündigt werden kann. Nach Ablauf dieser vereinbarten Mindestvertragsdauer kann der Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden folgenden Versicherungsjahres gekündigt werden.

Die Kündigungsfrist beträgt jeweils 3 Monate. Bei Einschluss von Personen oder Paketen in den bestehenden Versicherungsvertrag verzichtet der Versicherungsnehmer ab Wirksamkeit des Einschlusses hinsichtlich dieser Personen oder Pakete wiederum für die Dauer von 2 Jahren auf sein Kündigungsrecht.

b) Das *Versicherungsjahr* richtet sich nach dem in der Versicherungs-urkunde ausgewiesenen Versicherungsbeginn. Spätere Änderungen des Versicherungsvertrages (z.B. Anpassungen, Paketwechsel, Ausschluss, Einschluss) verändern den ursprünglichen Versicherungsbeginn nicht.

c) Die Kündigung muss in Schriftform erfolgen und an die Allianz gerichtet sein.

d) Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, kann die Allianz aus wichtigem Grund innerhalb einer Frist von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin kündigen.

e) Wird ein Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person in eine Pflegeanstalt für chronisch Kranke aufgenommen, so hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende des Monats zu kündigen, in welchem er die Aufnahme in eine solche Anstalt nachweist.

(2) Kündigung durch die Allianz

a) Die Allianz hat bei

- Prämienzahlungsverzug gemäß Kapitel 2.5.1 „Rund um die Prämienzahlung“, Punkt (2),
- Verletzung der Informationspflicht gemäß Kapitel 2.5.5 „Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person während des Bestehens des Versicherungsvertrages – Folgen der Verletzung dieser Pflichten“, Punkt (4),
- in Folge der Kündigung durch den Versicherungsnehmer gemäß Punkt (1) d),
- sowie bei schuldhaftem Verhalten gemäß nachfolgendem Punkt c) ein Kündigungsrecht.

b) Kündigen wir gemäß Kapitel 2.5.5 „Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person während des Bestehens des Versicherungsvertrages – Folgen der Verletzung dieser Pflichten“, Punkt (4) den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherungsnehmer das Recht, den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen innerhalb einer Frist von einem Monat zum gleichen Termin zu kündigen.

c) Wenn der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen

versucht oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei und haben das Recht, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen. Das gleiche gilt, wenn die versicherte Person im Krankheitsfall den vom Arzt oder von uns gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet.

(3) Sonstige Beendigungsgründe

a) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers in Schriftform abzugeben.

b) Beim Tod einer versicherten Person endet der Versicherungsschutz aus dem Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person.

c) Der Versicherungsvertrag endet ferner durch Verlegung des Hauptwohnsitzes des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person ins Ausland, es sei denn, dass eine andere Vereinbarung getroffen wird. Die Bestimmungen des Punktes (3) a) gelten sinngemäß.

2.7.4. ERFÜLLUNGORT UND GERICHTSSTAND

(1) Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz der Allianz.

(2) Klagen gegen die Allianz können bei dem Gericht am Sitz der Allianz oder bei dem Gericht des Ortes anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.

(3) Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht örtlich zuständig, in dessen Sprengel der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz, seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat oder der Ort seiner Beschäftigung liegt.

2.7.5. WERTANPASSUNG

(1) Die Allianz verpflichtet sich, ohne Altersbegrenzung, ohne *Wartezeit* und ungeachtet eines eventuell verschlechterten Gesundheitszustandes der versicherten Person, den Versicherungsschutz in seinem Wert durch entsprechende Anpassungen zu erhalten und damit die dauerhafte Erfüllbarkeit des Leistungsversprechens zu gewährleisten.

Änderungen der Prämien und der Versicherungsleistungen (inklusive allfälliger Selbstbehalte) im Zuge der Wertanpassung gelten daher unter Berücksichtigung des Punkt (2) auch für bestehende Versicherungsverträge.

(2) Entsprechend den Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) § 178f werden als maßgebende Umstände für Änderungen der Prämie oder der Versicherungsleistungen die Veränderungen folgender Faktoren vereinbart:

1. eines in der Vereinbarung genannten Index,
2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,

3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,

4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersatz der gesetzlichen Sozialversicherungen,

5. der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und

6. des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

(3) Die Wertanpassung kann sowohl durch Änderung von Prämien (Erhöhung oder Reduktion) als auch durch Änderung des Versicherungsschutzes (Erhöhung oder Reduktion) erfolgen, etwa durch Einführung oder Veränderung eines Selbstbehaltes oder durch Änderungen des Leistungsumfangs.

(4) Die Änderung der Prämie und/oder des Versicherungsschutzes wird zum 1. des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

(5) Der Versicherungsnehmer hat das Recht, der Änderung der Prämien und/oder des Versicherungsschutzes innerhalb eines Monats nach Empfang der Benachrichtigung über die Änderung schriftlich zu widersprechen. In diesem Fall wird die Allianz dem Versicherungsnehmer die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anbieten.

(6) Der Widerspruch kann vom Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten ab dem Zeitpunkt, zu dem die Anpassung ohne dessen Widerspruch wirksam geworden wäre, zurückgezogen werden. In diesem Fall tritt die Anpassung in der ursprünglichen Form und zum ursprünglichen Zeitpunkt rückwirkend in Kraft.

(7) Die Überprüfung hinsichtlich einer Vertragsanpassung und eine gegebenenfalls erforderliche Änderung von Prämien und/oder des Versicherungsschutzes erfolgt im Regelfall einmal pro Kalenderjahr. Sollten außergewöhnliche Umstände im Hinblick auf die maßgebenden Faktoren eintreten, kann die Änderung von Prämien und/oder des Versicherungsschutzes auch mehrmals pro Kalenderjahr erfolgen.

Besondere Bestimmungen für die Pakete Comfort, Extra, Max für Sonderklasse

(8) Es gelten alle unter Punkt (2) angeführten Umstände als Faktoren für die Wertanpassung als vereinbart.

Zur Aufrechterhaltung der „Kostengarantie mit Direktverrechnung in Österreich“ in *Vertragskrankenhäusern* erfolgt insbesondere dann eine Änderung der Prämie und/oder des Versicherungsschutzes, wenn sich die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag geregelten Krankenauskosten (einschließlich Honorare) im Einvernehmen mit der Allianz geändert haben (siehe Punkt (2) Ziffer 5.).

Nähere Informationen zur Kostengarantie mit Direktverrechnung in Österreich finden Sie im Punkt „Kostengarantie mit Direktverrechnung in Österreich“ im jeweiligen Kapitel zu Ihrem gewählten Sonderklasse-Paket)

Kommt keine vertragliche Vereinbarung hinsichtlich einer Veränderung der Krankenhauskosten (einschließlich Honorare) zustande, wird die Anpassung vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen gemäß den jeweiligen Veränderungen des von der Statistik Austria bekanntgegebenen Verbraucherpreisindex VPI 2015 durchgeführt. Basis ist die Veränderung des für Juli verlautbarten VPI zum Juli-Index des Vorjahres. Wird der Verbraucherpreisindex nicht mehr verlautbart oder dessen Basis grundlegend verändert, wird ein vergleichbarer Index herangezogen, der dem Zweck der Vertragsvereinbarung am nächsten kommt.

Besondere Bestimmungen für die Pakete Comfort, Extra, Max für Wahlarzt

(9) Es gelten alle unter Punkt (2) angeführten Umstände als Faktoren für die Wertanpassung als vereinbart. Als Index für die Anpassung der vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen wird der von der Statistik Austria bekanntgegebenen Verbraucherpreisindex VPI 2015 vereinbart. Basis ist die Veränderung des für Juli verlautbarten VPI zum Juli-Index des Vorjahres. Wird der Verbraucherpreisindex nicht mehr verlautbart oder dessen Basis grundlegend verändert, wird ein vergleichbarer Index herangezogen, der dem Zweck der Vertragsvereinbarung am nächsten kommt.

Besondere Bestimmungen für die optionalen Zusatzbausteine PrämienBonus 65, Meine Energieladung und Meine Reise-Assistance

(10) Die Wertanpassung des optionalen Zusatzbausteins PrämienBonus 65 basiert auf der Änderung der Prämie und/oder des Versicherungsschutzes der zugrundeliegenden Sonderklasse-Pakete Extra und Max. Es gelten daher alle Umstände als vereinbart, nach denen die Wertanpassung der zugrundeliegenden Sonderklasse-Pakete Extra und Max erfolgt.

(11) Für den optionalen Zusatzbaustein Meine Energieladung gelten alle unter Punkt (2) angeführten Umstände als Faktoren für die Wertanpassung als vereinbart. Als Index für die Anpassung der vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen wird der von der Statistik Austria bekanntgegebenen Verbraucherpreisindex VPI 2015 vereinbart. Basis ist die Veränderung des für Juli verlautbarten VPI zum Juli-Index des Vorjahres. Wird der Verbraucherpreisindex nicht mehr verlautbart oder dessen Basis grundlegend verändert, wird ein vergleichbarer Index herangezogen, der dem Zweck der Vertragsvereinbarung am nächsten kommt.

(12) Für den optionalen Zusatzbaustein Meine Reise-Assistance gelten alle unter Punkt (2) angeführten Umstände als Faktoren für die Wertanpassung als vereinbart. Als Index für die Anpassung der vertraglich vereinbarten Versicherungsleistungen wird der von der Statistik Austria bekanntgegebenen Verbraucherpreisindex VPI 2015 vereinbart. Basis ist die Veränderung des für Juli verlautbarten VPI zum Juli-Index des Vorjahres. Wird der Verbraucherpreisindex nicht mehr verlautbart oder dessen Basis grundlegend verändert, wird ein vergleichbarer Index herangezogen, der dem Zweck der Vertragsvereinbarung am nächsten kommt.

2.8. GLOSSAR



AKUT- BZW. KURZZEITVERSORGUNG

Die Klassifikation der österreichischen Krankenanstalten erfolgt gemäß einer Definition von OECD und WHO: Beträgt in einem Krankenhaus die durchschnittliche Aufenthaltsdauer aller Patienten 18 Tage oder weniger, werden diese Krankenanstalten der Kategorie der Akut- bzw. Kurzzeitversorgung zugeordnet. Darunter fallen jedenfalls alle Krankenanstalten, die in unserer Liste der Vertragskrankenhäuser (diese finden Sie im Abschnitt 6 „Anhänge“, Anhang 3) angeführt sind.

Krankenanstalten, die die obige Definition nicht erfüllen, fallen nicht unter den Versorgungssektor der Akut- und Kurzzeitversorgung. Hierbei handelt es sich z.B. um nach dem Krankenanstaltengesetz bewilligte Rehabilitationszentren, Langzeitversorgungseinrichtungen oder stationäre Einrichtungen für Genesung und Prävention. Alten- und Pflegeheime bzw. geriatrische Zentren unterliegen nicht dem Krankenanstaltenrecht und gehören somit nicht zum Sektor der Akut- bzw. Kurzzeitversorgung.

AMBULANTE HEILBEHANDLUNG

Eine ambulante Heilbehandlung ist die Untersuchung und Behandlung durch einen Arzt oder Zahnarzt in dessen Arztpraxis (Einzelpraxis, Gruppenpraxis), in einem selbstständigen Ambulatorium (z.B. Allergieambulatorium, Institute für bildgebende Diagnosen) oder in der Ambulanz eines Krankenhauses. Ambulante Heilbehandlungen leisten darüber hinaus weitere Gesundheitsberufe wie

Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden, Podologen, Heilmasseur, klinische Psychologen oder Psychotherapeuten.

ARZNEIMITTEL BZW. MEDIKAMENTE

Arzneimittel, häufig auch Medikamente genannt, unterliegen dem Arzneimittelgesetz und sind Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen, die zur Anwendung im oder am menschlichen Körper bestimmt sind. Arzneimittel dienen der Diagnose, Heilung, Linderung oder der Verhütung von *Krankheiten* oder krankhafter Beschwerden.

Arzneimittel im Sinne dieser Versicherungsbedingungen sind auch „magistrale Zubereitungen“ (eine Rezeptur, die individuell für Sie durch den Apotheker angefertigt wird), „homöopathische Arzneimittel“, „pflanzliche Arzneimittel“ (sog. Phytopharmaka) und „traditionelle Arzneispezialitäten“ (z.B. TCM-Rezepturen). Keine Arzneimittel sind Impfstoffe, Lebensmittel, Lebensmittelzusatzstoffe, Genussmittel, Nahrungsergänzungsmittel, Vitaminpräparate, Produkte aus einem natürlichen Heilvorkommen, kosmetische Mittel und alle weiteren, nicht ausdrücklich genannten Stoffe, die keine pharmakologische Wirkung entfalten.

Medizinprodukte im Sinne des Medizinproduktegesetzes (z.B. Produkte zur Injektion oder Infusion von Medikamenten), sowie Organe oder Organteile im Sinne des Organtransplantationsgesetzes sind ebenfalls keine Arzneimittel.

BERGUNGSKOSTEN

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

DIREKTVERRECHNUNG

(Der Auftrag zur) Direktverrechnung bedeutet, dass die Mehrkosten für die stationäre Heilbehandlung in der Sonderklasse direkt zwischen dem Vertragskrankenhaus und uns abgerechnet werden, ohne dass Sie in Vorleistung treten müssen.

GANZHEITSMEDIZIN (ALTERNATIVMEDIZIN, KOMPLEMENTÄRMEDIZIN)

Sammelbezeichnung für unterschiedliche Therapieformen (siehe Liste „Physikalische und ganzheitsmedizinische Behandlungsmethoden“ im Abschnitt 6 „Anhänge“, Anhang 1), die in Ergänzung oder als Alternative zu schulmedizinischen Behandlungen eingesetzt werden und den Schwerpunkt auf die Behandlung des gesamten Organismus vor der Behandlung einzelner gestörter Organfunktionen legen.

HAUPTFÄLLIGKEIT

Die Hauptfälligkeit richtet sich nach dem in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen Versicherungsbeginn. Ist Ihr Versicherungsbeginn der 01.04., so ist die Hauptfälligkeit ebenfalls der 01.04. Spätere Änderungen des Versicherungsvertrages (z.B. Anpassungen, Paketwechsel, Ausschluss, Einschluss) verändern den ursprünglichen Versicherungsbeginn und somit auch die Hauptfälligkeit nicht.

HAUSKOSTEN

Die sogenannten Hauskosten umfassen die (hausseitigen) Kosten, die z.B. für die Unterbringung (Anstaltsgebühren) und Verpflegung (Pflegebühren) während eines stationären Krankenhausaufenthaltes von einem Krankenhaus in Rechnung gestellt werden.

HEILBEHANDLUNG

Heilbehandlung ist die medizinische Behandlung einer Krankheit oder Unfallverletzung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wieder herzustellen (Heilung), den Zustand zu bessern (Besserung) oder eine Verschlechterung zu verhindern (Linderung). Zur Heilbehandlung zählen auch diagnostische Maßnahmen, wenn sie erforderlich sind, um eine endgültige Diagnose zu stellen.

IOTN-EINSTUFUNG

Der IOTN (Index der kieferorthopädischen Behandlungsnotwendigkeit) ist ein Klassifikationssystem zur Feststellung von Zahn- und Kieferfehlstellungen, welches zur Beurteilung einer kieferorthopädischen Behandlungsnotwendigkeit eingesetzt wird. In Österreich ist eine eigenständige Variante des IOTN zwischen Österreichischer Zahnärztekammer und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger geschaffen worden. Die Bewertung durch österreichische Kieferorthopäden erfolgt nach dieser gemeinsamen Festlegung.

KONTROLLUNTERSUCHUNG

Kontrolluntersuchungen dienen der Nachsorge und Verlaufskontrolle für bestehende bzw. durchgemachte *Erkrankungen*. Darüber hinaus werden Kontrolluntersuchungen durchgeführt, um das Fortschreiten einer Erkrankung oder einen Rückfall möglichst frühzeitig zu bemerken und entgegenzuwirken.

KOSTENGARANTIE

Kostengarantie bedeutet, dass die entstandenen Mehrkosten für die stationäre Heilbehandlung in der Sonderklasse von uns in voller Höhe übernommen werden.

KUR

Bei einer Kur handelt es sich um einen Aufenthalt in einer Kuranstalt. Hierbei kommen stationäre medizinische Behandlungen zur Anwendung, die sich aus dem ortsgebundenen natürlichen Heilvorkommen oder dessen Produkten ergeben.

KRANKHEIT BZW. ERKRANKUNG

Eine Krankheit bzw. Erkrankung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft regelwidriger körperlicher, seelischer oder geistiger Zustand, der eine medizinische Behandlung notwendig macht und gemäß der letztgültigen von der WHO herausgegebenen Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten (ICD) klassifiziert werden kann.

MEDIZINISCHE NOTWENDIGKEIT

Medizinisch notwendig ist eine konkret durchgeführte Maßnahme oder Leistung dann, wenn sie erforderlich war, um eine Krankheit zu erkennen oder zu behandeln. Es genügt nicht, wenn die Maßnahme lediglich sinnvoll oder nützlich ist oder wenn sie für den Patienten nur bequemer oder praktikabler als andere gleichermaßen geeignete Behandlungsformen ist.

MEDIZINISCHE HEILBEHELFE

Als medizinische Heilbehelfe gelten Produkte, die als Medizinprodukt zugelassen sind und somit sämtlichen Vorschriften des Medizinproduktegesetzes entsprechen. Medizinische Heilbehelfe dienen der Heilung, Linderung oder Verhütung von Verschlimmerungen eines Krankheitszustandes bzw. der Unterstützung des Heilungserfolges eines Krankheitszustandes. Zu den wichtigsten medizinischen Heilbehelfen gehören z.B. orthopädische Schuheinlagen, orthopädische Ausstattung von Schuhen

orthopädische Korsette, Kompressionsstrümpfe, Bruchbänder, elastische Binden, Bandagen und Bauchmieder.

MEDIZINISCHE HILFSMITTEL

Als medizinische Hilfsmittel gelten Produkte, die als Medizinprodukt zugelassen sind und somit sämtlichen Vorschriften des Medizinproduktegesetzes entsprechen. Medizinische Hilfsmittel dienen dazu, die Aufgabe fehlender Körperfunktionen zu übernehmen oder zu berichtigen, wie zum Beispiel Hörgeräte, Prothesen und Orthesen (Schienen). Zu den wichtigsten medizinischen Hilfsmitteln gehören z.B. Hörgeräte, Prothesen und Orthesen, sowie Inkontinenzhilfen. Medizinische Hilfsmittel sind ausschließlich bewegliche Gegenstände.

Das bedeutet, dass weder Kosten für Dienstleistungen noch für behindertengerechte Umbauten von Immobilien, etwa der Einbau eines Treppenlifts, erstattet werden.

NUMMER DER VERSICHERUNGSRUNDE/ POLIZZENUMMER

Die Nummer der Versicherungsurkunde finden Sie auf der ersten Seite der Versicherungsurkunde. Sie hat das folgende Format: A40XXXXXX.

PALLIATIVSTATION / PALLIATIVVERSORGUNG

Palliativstationen sind eigenständige Einrichtungen oder Abteilungen eines Krankenhauses, die sich ausschließlich der Palliativversorgung von Patienten widmen. In der Palliativversorgung geht es um die Betreuung von Menschen mit schweren Erkrankungen, bei denen eine Heilung nicht mehr möglich ist bzw. sehr unwahrscheinlich erscheint. Da die medizinischen Möglichkeiten zur Heilung der Erkrankung ausgeschöpft sind, ist das oberste Ziel der Palliativmedizin die Linderung von Schmerzen und anderen Krankheitsbeschwerden, der bestmögliche Erhalt der Lebensqualität und die psychologische und soziale Unterstützung des Patienten.

REHABILITATION

Eine Sportverletzung, Operation, chronische Erkrankung, ein Unfall oder akutes Ereignis, wie z.B. ein Schlaganfall können zu einer Beeinträchtigung führen, die den Alltag und die Lebensführung stark einschränken. Unter Rehabilitation versteht man alle Maßnahmen, die der Wiederherstellung, Besserung oder Aufrechterhaltung von Funktionen und Leistungen dienen, sodass eine Teilhabe am alltäglichen Leben uneingeschränkter möglich ist.

SACHKOSTEN

Die sogenannten Sachkosten umfassen die Kosten für medizinische Ge- und Verbrauchsgüter wie z.B. Verbandsmaterial, Spritzen und dergleichen, die in Zusammenhang mit einer Operation neben den Arthonoraren (Operateur,

Anästhesist, Assistenz) und Kosten für das Pflegepersonal gesondert in Rechnung gestellt werden.

TARIFLICHE LEISTUNGEN

Wenn für Ihre stationäre Heilbehandlung in der Sonderklasse keine Direktverrechnung angewendet werden kann, werden wir Ihnen stattdessen tarifliche Leistungen erstatten. Die tariflichen Leistungen unterscheiden sich danach, ob bei Ihnen ein operativer Eingriff durchgeführt wurde (in diesem Fall wird die „Leistung im operativen Fall“ erstattet) oder kein operativer Eingriff durchgeführt wurde (in diesem Fall wird die „Leistung im nicht operativen Fall“ erstattet).

Zu den tariflichen Leistungen zählen neben der „Leistung im operativen Fall“ bzw. der „Leistung im nicht operativen Fall“ auch Leistung bei Entbindung (nur im Extra- und Max-Paket), Kosten für Arzneimittel und die Fallpauschale.

Fallpauschale:

Wenn Ihre Behandlungskosten die maximale Leistungssumme für die „Leistung im operativen Fall“ bzw. die „Leistung im nicht operativen Fall“ übersteigen, so steht Ihnen zusätzlich die „Fallpauschale“ zur Verfügung, für die ebenfalls eine maximale Leistungssumme definiert ist. Die Höhe der maximalen Leistungssummen entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde.

UNFALL

Ein Unfall ist ein vom Willen der versicherten Person unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen auf seinen Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung nach sich zieht.

Als Unfall gelten auch folgende vom Willen des Versicherten unabhängige Ereignisse:

- Ertrinken; Erfrierungen; 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 sowie Meniskusverletzungen infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf;
- das Verschlucken von festen Stoffen und Kleinteilen bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres;
- Einnahme von für den Verzehr nicht vorgesehenen Stoffen oder verdorbenen Lebensmitteln (Lebensmittelvergiftung);

- Unfälle mit radioaktiven Isotopen im Zuge von medizinischen Heilbehandlungen, die aufgrund eines Versicherungsfalles veranlasst waren;
- folgende Infektionskrankheiten: Kinderlähmung, FSME, Borreliose, Wundstarrkrampf, Tollwut.

Als Unfallheilbehandlung gelten nicht nur die unmittelbar auf den Unfall folgende Erstversorgung, sondern auch alle Folgebehandlungen innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren ab dem Unfalldatum.

VERSICHERUNGSFALL

Ein Versicherungsfall ist der Eintritt eines versicherten Ereignisses, das den Versicherer zur vereinbarten Leistung verpflichtet.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung (erste Inanspruchnahme des Arztes), er endet, wenn nach medizinischem Befund die Notwendigkeit der Heilbehandlung nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolgen ausgedehnt werden, die mit der (den) bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängen, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

VERSICHERUNGSJAHR

Unter einem Versicherungsjahr ist ein Zeitraum von genau einem Jahr zu verstehen, jedoch muss das Versicherungsjahr nicht dem Kalenderjahr entsprechen. Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem in der Versicherungsurkunde ausgewiesenen

Versicherungsbeginn. Ist der Versicherungsbeginn der 01.04., so erstreckt sich das Versicherungsjahr vom 01.04. bis zum 31.03.

VERTRAGSKRANKENHAUS

In den sogenannten Vertragskrankenhäusern besteht aufgrund von eigenen vertraglichen Vereinbarungen mit diesen Krankenhäusern Kostengarantie, und die Mehrkosten der Sonderklasse können mittels Direktverrechnung abgerechnet werden. Die Liste mit unseren Vertragskrankenhäusern finden Sie im Abschnitt 6 „Anhänge“, Anhang 3.

VORSORGEUNTERSUCHUNG

Vorsorgeuntersuchungen, häufig auch Gesundenuntersuchungen oder check up's genannt, dienen der Früherkennung von potentiellen Risikofaktoren und Erkrankungen. Vorsorgeuntersuchungen sind eine wichtige Präventionsmaßnahme.

WARTEZEIT

In der privaten Krankenversicherung wird für bestimmte Sachverhalte eine Wartezeit für Versicherungsleistungen vereinbart. Das bedeutet, dass Versicherungsleistungen erst für jene Versicherungsfälle erbracht werden, die nach Ablauf der Wartezeit eintreten. In unseren Sonderklasse- und Wahlarzt-Paketen ist eine Wartezeit von 7 Monaten für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung und Fehlgeburt sowie für die Inanspruchnahme des Babybonus vertraglich festgelegt.



3. LEISTUNGSFALL – WAS NUN?

3.1. CHECKLISTE FÜR DIE SONDERKLASSE

(STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG
IM KRANKENHAUS)

In diesem Kapitel haben wir für Sie wichtige Tipps und Informationen rund um den Prozess der Leistungserstattung in den Sonderklasse-Paketen zusammengestellt. Zunächst möchten wir Ihnen den Begriff **Kostengarantie mit Direktverrechnung** erklären und welche Vorteile eine **Direktverrechnung** für Sie hat. Anschließend finden Sie nützliche Informationen rund um Ihren Krankenhaus-aufenthalt (Was gibt es bei der Krankenhauswahl zu beachten? Was sollten Sie vor und nach Ihrem Krankenhaus-aufenthalt tun? etc.). Dann werden wir Ihnen erklären, was wir von Ihnen benötigen, um weitere Leistungen wie **Transportkosten** oder einen **Zuschuss für Kur und Rehabilitation** zu erstatten.

1) Kostengarantie mit Direktverrechnung

Wenn Sie sich in einem *Vertrags-krankenhaus* behandeln lassen und bei der Aufnahme im Krankenhaus einen Auftrag zur *Direktverrechnung* erteilt haben, wird das Krankenhaus die Mehrkosten für die stationäre *Heilbe-handlung* in der Sonderklasse direkt mit uns abrechnen, ohne dass Sie in Vorleistung treten müssen. Abgesehen von einem etwaigen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt entstehen Ihnen grundsätzlich keine Kosten für die stationäre *Heilbehandlung* in der Sonderklasse. Diese Art der Abrechnung nennen wir *Kostengarantie mit Direkt-verrechnung*. Die Liste mit unseren *Vertragskrankenhäusern* finden Sie im Abschnitt 6 „Anhänge“, Anhang 3.

Wichtig für Sie zu wissen:

Im Rahmen einer *Direktverrechnung* darf Ihnen das Krankenhaus prinzipiell keine zusätzlichen Kosten betreffend Ihres Sonderklasseaufenthaltes in Rechnung stellen. Sollten Sie dennoch eine Rechnung vom Krankenhaus erhalten, bezahlen Sie diese bitte vor-erst nicht, sondern leiten Sie die Rechnung rechtzeitig vor deren Fälligkeit zur Prüfung an uns weiter. Hiervon ausgenommen sind Leistungen, wo Sie das Krankenhaus darauf hingewiesen hat, dass es sich um Selbstzahler-Leistungen handelt, wie zum Beispiel die zusätzlichen Kosten für das Einbettzimmer, wenn dieses nicht in Ihrem Paket versichert ist.

2) Tarifliche Leistungen

Erfolgt keine *Direktverrechnung*, weil Sie z.B. in einem Krankenhaus waren, das nicht zu unseren *Vertragskrankenhäusern* zählt, oder Sie bei der Aufnahme im Krankenhaus keinen Auftrag zur *Direktverrechnung* erteilt haben, können wir die Erstattung der Krankenhausrechnung nicht direkt mit dem Krankenhaus abwickeln. Das bedeutet: Sie müssen in Vorleistung treten und die Kosten für den Krankenhausaufenthalt zunächst selbst bezahlen (siehe auch unten „Ablauf einer tariflichen Abrechnung, Schritt-für-Schritt-Anleitung“).

In diesem Fall werden wir Ihnen die *tariflichen Leistungen* erstatten (abzüglich eines eventuell vertraglich vereinbarten Selbstbehaltes bzw. eines eventuellen Kostenanteils der gesetzlichen Krankenversicherung). Nähere Informationen finden Sie im Punkt (7) „Tarifliche Leistungen“ im jeweiligen Kapitel zu Ihrem gewählten Paket. Ihr gewähltes Paket und die Höhe der jeweiligen *tariflichen Leistungen* entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde.

Wichtig für Sie zu wissen:

Die *tariflichen Leistungen*, die wir Ihnen erstatten, sind durch Höchstbeträge bzw. Pauschalbeträge limitiert. Es kann vorkommen, dass die Kosten, die Ihnen das Krankenhaus in Rechnung stellt, höher sind als die *tariflichen Leistungen*, die wir Ihnen erstatten. In diesem Fall müssen Sie für die Restkosten selbst aufkommen.

Ablauf einer tariflichen Abrechnung, Schritt-für-Schritt-Anleitung

- 1)** Nach Ihrem Krankenhausaufenthalt wird Ihnen das Krankenhaus eine Rechnung schicken, die Sie bitte zunächst bezahlen.
- 2)** Bitte reichen Sie die von Ihnen bereits bezahlte Originalrechnung und die dazugehörigen medizinischen Unterlagen (Befunde, OP-Berichte etc.) bei Ihrem Sozialversicherungsträger zur Erstattung ein. Bitte machen Sie sich von allen Unterlagen ausreichend Kopien.
- 3)** Wenn Sie von Ihrem Sozialversicherungsträger eine Abrechnung erhalten haben, reichen Sie bitte folgende Unterlagen bei uns ein:
 - Die Abrechnung von Ihrem Sozialversicherungsträger
 - Die Kopien der Krankenhausrechnungen
 - Alle medizinischen Unterlagen. Im Fall, dass eine Operation bei Ihnen durchgeführt wurde, senden Sie uns bitte den Operationsbericht und den Arztbrief zu. In allen anderen Fällen benötigen wir einen Arztbrief.
- 4)** Bitte senden Sie die Unterlagen gesammelt und mit Angabe der Nummer der *Versicherungsurkunde* an unseren Kundenservice, entweder per Mail unter gesundheitsversicherung@allianz.at oder per Post an Allianz Elementar Versicherungs-AG, Postfach 2000, 1130 Wien.

In welches Krankenhaus wollen Sie gehen?

Als Privatpatient können Sie Ihr Krankenhaus frei wählen. Die für Sie komfortabelste Vorgehensweise aufgrund der Möglichkeit der *Kostengarantie* mit *Direktverrechnung* ist das Aufsuchen eines *Vertragskrankenhauses*. Die Liste mit unseren *Vertragskrankenhäusern* finden Sie im Abschnitt 6 „Anhänge“, Anhang 3. Oft empfiehlt Ihnen der Arzt Ihres Vertrauens ein geeignetes Krankenhaus oder Sie informieren sich selbst über das Angebot an in Frage kommenden Krankenhäusern.

Was steht unter Versicherungsschutz?

Bitte überprüfen Sie rechtzeitig vor einem geplanten Krankenhausaufenthalt, was die private Gesundheitsversicherung bzw. Ihr gewähltes Paket bei der Allianz beinhaltet:

- Bitte vergewissern Sie sich im Vorfeld, welche Sachverhalte nicht unter Versicherungsschutz stehen (siehe im jeweiligen Kapitel zu Ihrem gewählten Paket, Punkt „Was ist nicht versichert?“).
- Haben Sie einen umfassenden Gesundheitsversicherungsschutz oder deckt Ihr Paket nur einzelne Sachverhalte, wie *Unfälle* und bestimmte schwere *Erkrankungen*? Bitte beachten Sie, dass nicht alles, was Sie als *Unfall* verstehen, auch nach unseren

Versicherungsbedingungen einen *Unfall* darstellt. Ein Meniskusriss kann Folge eines *Unfalls* sein, ist erfahrungsgemäß jedoch oft Folge einer degenerativen *Erkrankung* (Abnutzungserscheinung). Näheres hierzu finden Sie im Kapitel 2.2.2 „Sonderklasse-Comfort“, im Punkt „Was ist nicht versichert?“.

- Hat Ihr gewähltes Paket einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt? Wenn ja, in welcher Höhe? Wann und unter welchen Umständen kommt der Selbstbehalt zum Tragen?
- Haben Sie Anspruch auf ein Einbett- oder ein Zweibettzimmer? Klären Sie bitte zeitgerecht vor Ihrem Aufenthalt ab, wie Sie im Krankenhaus untergebracht werden wollen und ob Ihr Versicherungsschutz ein Einbettzimmer abdeckt.
- Ist Ihr gewähltes Paket aufrecht (d.h. zum Beispiel nicht storniert oder ruhend gestellt) und sind alle Prämien bezahlt?
- Wurden Leistungsausschlüsse im Versicherungsvertrag vereinbart (z.B. für bestimmte *Erkrankungen*/ Krankheitsbilder, *Unfallfolgen* etc.)?

Informationen zu Ihrem konkreten Versicherungsschutz entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde bzw. dem Abschnitt 2 „Produktbeschreibung-Versicherungsbedingungen“ des vorliegenden Dokuments „Meine Gesundheitsversicherung – Einfach erklärt“. Bei Fragen hilft Ihnen unser Kundenservice gerne weiter. Bitte kontaktieren Sie uns entweder telefonisch unter 05 9009 588 oder per Mail unter gesundheitsversicherung@allianz.at.

Voranfragepflicht für das Sonderklasse-Paket Comfort

a) Voraussetzung für die Übernahme der Mehrkosten für die stationäre *Heilbehandlung* im Sonderklasse-Paket Comfort ist, dass wir diese vor Beginn der Behandlung in geschriebener Form zugesagt haben. Das bedeutet vor einem geplanten Krankenhausaufenthalt: Setzen Sie sich mit unserem Kundenservice mindestens 7 Tage vor Ihrer Behandlung, unter Beilage aller medizinischen Unterlagen, in Verbindung, und wir prüfen, ob ein *Versicherungsfall* vorliegt, der von Ihrem Versicherungsschutz umfasst ist. Von der Voranfragepflicht befreit sind *Unfälle*, die eine sofortige medizinische Versorgung erfordern. Hierzu gehören zum Beispiel lebensbedrohliche Verletzungen nach einem Verkehrsunfall oder ein Oberschenkelhalsbruch nach einem Sturz.

b) Welche Unterlagen benötigen wir zur Prüfung Ihrer Voranfrage?

Bitte übermitteln Sie uns einen aktuellen Befund mit Diagnose und Beschreibung der geplanten Behandlung bzw. des geplanten operativen Eingriffs. Darüber hinaus legen Sie bitte auch alle vorhandenen schriftlichen Befunde zu bildgebenden Untersuchungen (Röntgen, MRT etc.) bei.

Prophylaktische und kosmetische Operationen

Im Sonderklasse Paket Extra und Sonderklasse Paket Max stehen prophylaktische (vorbeugende) und kosmetische Operationen unter gewissen Voraussetzungen unter Versicherungsschutz. Bei prophylaktischen und kosmetischen Operationen erstatten wir die entstandenen Mehrkosten für die stationäre *Heilbehandlung* in der Sonderklasse sofern uns eine Bewilligung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Übernahme der Kosten in der allgemeinen Gebührenklasse im Vorfeld des Eingriffes vorgelegt wird. Für die Erstattung der Mehrkosten bei prophylaktischen Operationen, müssen Sie außerdem das Paket Extra bzw. das Paket Max seit mehr als 3 Jahren (ab Versicherungsbeginn) versichert haben.

Was müssen Sie beachten, wenn Sie ein Paket mit Selbstbehalt versichert haben?

Wenn Sie das Sonderklasse-Paket Extra abgeschlossen haben, wird Ihnen ein Selbstbehalt zur Anrechnung gebracht (ausgenommen sind die Sachverhalte, die im Kapitel 2.2.3 „Sonderklasse – Extra“, im Punkt (9) c) aufgelistet sind). Die Höhe des Selbstbezalts entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde.

a) Kostengarantie mit Direktverrechnung

Wenn Sie in einem *Vertragskrankenhaus* untergebracht waren und bei der Aufnahme im Krankenhaus einen Auftrag zur *Direktverrechnung* erteilt haben, übernehmen wir zunächst die gesamten Mehrkosten für die stationäre *Heilbehandlung* in der Sonderklasse und rechnen diese mit dem Krankenhaus direkt ab. Wir werden den Versicherungsnehmer dann über die erfolgte Zahlung an das Krankenhaus informieren und diesen zeitgleich ersuchen, den vertraglich vereinbarten Selbstbehalt an uns zu überweisen.

b) Tarifliche Leistungen

Erfolgt keine Direktverrechnung, etwa weil Sie in einem Krankenhaus waren, das kein *Vertragskrankenhaus* ist oder Sie der *Direktverrechnung* nicht zugestimmt haben, können wir die Erstattung der Krankenhausrechnung nicht direkt mit dem Krankenhaus abwickeln. Das bedeutet: Sie müssen

in Vorleistung treten und die Kosten für den Krankenhausaufenthalt zunächst selbst bezahlen und die Krankenhausrechnung im Anschluss zur Erstattung bei uns einreichen. Wir werden Ihnen dann die *tariflichen Leistungen* abzüglich des vertraglich vereinbarten Selbstbezalts erstatten.

Welche weiteren Leistungen gibt es und was ist zu beachten?

Im Folgenden erklären wir Ihnen, welche Unterlagen wir von Ihnen benötigen, um weitere Leistungen wie zum Beispiel Transportkosten oder einen Zuschuss für Kur und Rehabilitation erstatten zu können. Bitte lesen Sie zusätzlich den Punkt „Weitere Leistungen“ im jeweiligen Kapitel zu Ihrem gewählten Sonderklasse-Paket. Dort erklären wir wann und unter welchen Voraussetzungen ein Anspruch auf die jeweiligen Leistungen besteht.

Bei den im Folgenden angeführten Leistungen handelt es sich entweder um Pauschalbeträge (z.B. Ersatztagelohn pro Tag oder Entbindungsgeld) oder es gelten Höchstbeträge (z.B. Transportkosten und *Bergungskosten*). Die Höhe der Pauschalbeträge bzw. der Höchstbeträge entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde. Für Leistungen, für die Höchstbeträge festgelegt sind, erfolgt die Erstattung maximal bis zu der festgelegten Höhe. Ist die Rechnungssumme geringer als die in der Versicherungsurkunde angeführte maximale Leistungssumme, wird nur die Rechnungssumme erstattet.

Ersatztagegeld

Für die Erstattung der Ersatzleistung „Ersatztagegeld“ benötigen wir von Ihnen die Aufenthaltsbestätigung des Krankenhauses, welche die Diagnose und den Behandlungszeitraum enthalten muss. Für tagesklinische Behandlungen und Aufenthalte, die keine Übernachtung im Krankenhaus erfordern, wird kein Ersatztagegeld geleistet.

Entbindungsgeld

Bei Entbindungen in der Allgemeinen Gebührenklasse eines Krankenhauses benötigen wir für die Erstattung der Ersatzleistung „Entbindungsgeld“ die Aufenthaltsbestätigung des Krankenhauses, welche die Diagnose und den Behandlungszeitraum enthalten muss. Bei Entbindungen in ambulanten geburtshilflichen Einrichtungen oder bei Entbindungen daheim benötigen wir die Geburtsurkunde des Kindes. Sofern der Krankenhausaufenthalt so lange dauert, dass die Höhe der Ersatzleistung „Ersatztagegeld“ höher ausfällt als die Höhe der Ersatzleistung „Entbindungsgeld“, wird das Ersatztagegeld ausbezahlt.

Palliativtagegeld

Für die Erstattung der Leistung „Palliativtagegeld“ benötigen wir eine vom Krankenhaus (*Palliativstation*) oder von einem Hospiz ausgestellte Aufenthaltsbestätigung mit ärztlich bestätigter Diagnose.

Zuschuss für Kur und Rehabilitation

Für die Erstattung des Zuschusses für Kur und Rehabilitation benötigen wir die Bewilligung durch den Sozialversicherungsträger sowie eine von der Verwaltung des *Kur-* oder *Erholungsheimes*, des *Rehabilitationszentrums* oder eine vom *Gemeindeamt* des Aufenthaltsortes ausgestellte Aufenthaltsbestätigung.

Transportkosten

Für die Erstattung von Transportkosten benötigen wir die bereits bezahlte Originalrechnung der Transportkosten. Wenn ein Anspruch gegenüber Dritten besteht (z.B. gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung), wird die Höhe dieses Anspruchs von der Erstattungssumme abgezogen.

Bergungskosten

Für die Erstattung von *Bergungskosten* benötigen wir die bereits bezahlte Originalrechnung der *Bergungskosten*. Wenn ein Anspruch gegenüber Dritten besteht (z.B. gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung), wird die Höhe dieses Anspruchs von der Erstattungssumme abgezogen.

Begleitperson

Wenn Sie sich in einem *Vertragskrankenhaus* behandeln lassen und Sie bei der Aufnahme im Krankenhaus einen Auftrag zur *Direktverrechnung* erteilt haben, werden im Rahmen eines Sonderklasseaufenthalts die Kosten einer Begleitperson direkt mit dem Krankenhaus verrechnet, das bedeutet: Sie müssen sich nicht selbst um die Kostenverrechnung kümmern. Bei Aufenthalten in einem Krankenhaus, das nicht zu unseren *Vertragskrankenhäusern* gehört bzw. wenn Sie dem Krankenhaus keinen Auftrag zur *Direktverrechnung* erteilt haben, sowie bei Aufenthalten in der Allgemeinen Gebührenklasse benötigen wir die bereits bezahlte Originalrechnung.

Pauschale bei bösartigen Neubildungen

Die Pauschale bei bösartigen Neubildungen wird bei Vorlage von Unterlagen, aus denen die Feststellung der bösartigen Neubildung hervorgeht, erstattet. Wenn sich die Diagnose aus den medizinischen Unterlagen ergibt, die wir im Rahmen eines stationären Aufenthalts vom Krankenhaus erhalten, erstatten wir die Pauschale automatisch.

Ärztliche Zweitmeinung (second opinion)

Für die Erstattung der Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung benötigen wir die bereits bezahlte Originalrechnung und eine ärztliche Stellungnahme zum Sachverhalt.

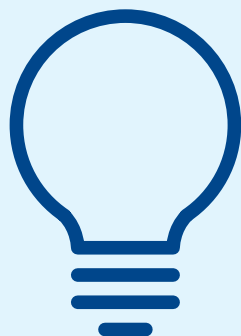
Psychologische Beratung bei bestimmten Diagnosen

Für die Erstattung der Leistung „psychologische Beratung bei bestimmten Diagnosen“ benötigen wir die bereits bezahlte Originalrechnung sowie Unterlagen, aus denen die Diagnose hervorgeht.

3.2.

CHECKLISTE FÜR DEN WAHLARZT

(AMBULANTE HEILBEHANDLUNG)



In diesem Kapitel haben wir wichtige Tipps und Informationen rund um die Leistungsabrechnung von *ambulanten Heilbehandlungen* zusammengestellt

SCHRITT-FÜR-SCHRITT-ANLEITUNG – SO GEHT'S!

1. Behandlung

Sie waren bei Ihrem Arzt oder haben auf ärztliche Verordnung z.B. eine Physiotherapie gemacht, eine Brille oder Medikamente gekauft und bezahlen dafür die Rechnung. Bitte kopieren oder fotografieren Sie die Rechnung sowie Rezept (=ärztliche Verordnung) bzw. Überweisung.

Wichtig für Sie zu wissen:

Überweisungen und Rezepte werden üblicherweise vom Spezialisten (z.B. Facharzt, Physiotherapeut), der Apotheke bzw. dem Fachgeschäft einbehalten – kopieren/fotografieren Sie diese daher vor dem Besuch oder verlangen Sie vor Ort eine Kopie.

2. Einreichung bei der gesetzlichen Krankenversicherung

Reichen Sie die Rechnung bitte zuerst bei Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung ein.

Der Vorteil für Sie: im Falle einer Kassenerstattung erhalten Sie in der Regel den Restbetrag – und damit bis zu 100% Ihrer Kosten von uns erstattet. Ausgenommen sind zum Beispiel Leistungen aus dem Bereich Zahngesundheit, bei denen 60% der Kosten erstattet werden. Details dazu finden Sie im Kapitel 2.3.1. „Allgemeine Regelungen zur Leistungshöhe“, Punkt (4).

3. Einreichen bei der Allianz

Sie haben die schriftliche Rückmeldung Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung erhalten? Bitte senden Sie uns diese inkl. der zugehörigen Dokumente (Rechnung, ärztliche Überweisung, Rezept). Sie können die Einreichung per App, E-Mail oder Post durchführen.

Die Rechnung muss die persönlichen Daten der versicherten Person (Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Adresse) enthalten, sowie Informationen zur durchgeführten Behandlung (Diagnose, behandelnder Arzt, Aufstellung der erbrachten Leistungen, Behandlungszeitraum).

Wie reiche in meine Rechnung bei der Allianz ein?

„Meine Gesundheit“ App

Der einfachste und schnellste Weg Rechnungen bei uns einzureichen, ist über die Allianz App „Meine Gesundheit“. Für die Einreichung erfassen Sie die wichtigsten Rechnungsdetails und fotografieren die Rechnung bzw. den Erstattungsnachweis der gesetzlichen Krankenversicherung direkt in der App. Der Leistungsfall wird automatisch angelegt und kann umgehend von uns bearbeitet werden.

E-Mail

Wenn Sie Ihre Rechnung bei der gesetzlichen Krankenversicherung eingereicht haben, können Sie uns den Erstattungsnachweis inkl. der zugehörigen Dokumente an gesundheitsversicherung@allianz.at. senden. Falls Sie nicht über einen Erstattungsnachweis verfügen, verwenden Sie bitte die App „Meine Gesundheit“ oder den Postweg.

Post

Senden Sie uns den Erstattungsnachweis der gesetzlichen Krankenversicherung inkl. einer Kopie der benötigten Dokumente. Sollten Sie Ihre Rechnung nicht bei der gesetzlichen Krankenversicherung eingereicht haben, senden Sie stattdessen die Originalrechnung an:

**Allianz Elementar Versicherungs-AG,
Postfach 2000, 1130 Wien**

Bitte beachten Sie Folgendes

- Bei **Brillen/Kontaktlinsen** muss auch die Anzahl der Dioptrien auf der Rechnung angegeben sein.
- Bei Brillen und Kontaktlinsen oder Beratung durch eine Hebamme ist eine Übermittlung einer ärztlichen Überweisung/Verordnung **nicht** erforderlich.

Bei Fragen zur App „Meine Gesundheit“, technischen Problemen oder wenn Sie Ihre Zugangsdaten vergessen haben, hilft Ihnen unser Kundenservice gerne weiter. Bitte kontaktieren Sie uns unter +43 5 9009 580 oder kundenportal@allianz.at



4. HÄUFIG GESTELLTE FRAGEN



In diesem Abschnitt beantworten wir Ihnen die von unseren Kundinnen und Kunden häufig gestellten Fragen im Bereich Gesundheitsversicherung. Die Auskünfte stellen einen allgemeinen Überblick dar. Genauere Informationen, insbesondere zum gewählten Paket, finden Sie in der Versicherungsurkunde sowie im Abschnitt 2 „Produktbeschreibung-Versicherungsbedingungen“ von „Meine Gesundheitsversicherung – einfach erklärt“.

FRAGEN ZUM VERSICHERUNGS- VERTRAG

1) Wer kann eine Allianz Gesundheitsversicherung abschließen?

Die Sonderklasse- und Wahlarzt-Pakete Comfort, Extra und Max können nur von Personen abgeschlossen werden, die in Österreich ihren Hauptwohnsitz haben und in einer gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind.

2) Was sind Prämienzuschläge bzw. Leistungsausschlüsse?

Bei Antragstellung werden wir anhand Ihrer Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand prüfen, ob wir eine Versicherung im gewünschten Paket anbieten können. Bei bestimmten Sachverhalten, wie dem Vorliegen einer chronischen *Erkrankung* oder einer bestehenden Schwangerschaft, ist es meist nicht möglich, eine Versicherung ohne Einschränkungen anzubieten. Wir behalten uns in diesen Fällen vor, einen Prämienzuschlag zu vereinbaren. Im Einzelfall kann für manche *Erkrankungen* auch ein Leistungsausschluss vereinbart werden. Für Leistungsfälle, die mit der ausgeschlossenen *Erkrankung* im Zusammenhang stehen, werden keine Versicherungsleistungen erbracht.

3) Was bedeutet vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vor dem Abschluss einer Gesundheitsversicherung stellen wir Ihnen Fragen zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand, zu bestehenden *Vorerkrankungen*, geplanten Behandlungen oder sonstigen relevanten Sachverhalten wie dem Vorliegen einer Schwangerschaft oder zur Sportausübung. Unvollständige oder falsche Angaben bei Antragstellung können zur Folge haben, dass wir keine Leistung erbringen, Prämienzuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbaren oder vom Versicherungsvertrag zurücktreten.

4) Gibt es Wartezeiten in meiner Gesundheitsversicherung?

In unseren Sonderklasse- sowie Wahlarzt-Paketen gilt eine *Wartezeit* von 7 Monaten für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindungen und Fehlgeburten, sowie für die Inanspruchnahme des Babybonus.

5) Was ist bei einem Umzug zu beachten?

Wenn Sie oder der Versicherungsnehmer umziehen und sich dadurch der Hauptwohnsitz ändert, sind Sie bzw. der Versicherungsnehmer dazu verpflichtet, uns das innerhalb von vier Wochen in Schriftform mitzuteilen. Ein Wechsel des Hauptwohnsitzes kann zu einer Änderung des Versicherungsschutzes bzw. der Versicherungsprämie führen.

6) Was ist die garantierte Prämienrückerstattung?

Für alle Wahlarzt-Pakete bieten wir unter gewissen Voraussetzungen die garantierte Prämienrückerstattung an. Sofern im gesamten abgelaufenen Kalenderjahr keine Rechnungen eingereicht wurden, Ihr Paket aufrecht war und die Prämien bezahlt wurden, erstatten wir einen Teil der bezahlten Beiträge zurück. Schon für das erste *Versicherungsjahr*, in dem uns keine Rechnung eingereicht wurde, bekommt der Versicherungsnehmer in diesem Fall zwei Monatsprämien von uns zurück-erstattet. Haben Sie mehrere Jahre keine Leistungen in Anspruch genommen, steigt die Höhe der garantierten Prämienrückerstattung an (die maximale Prämienrückerstattung beträgt 5 Monatsprämien). Die Höhe und die Voraussetzungen für die Teilnahme an der garantierten Prämienrückerstattung sind im Kapitel 2.3.1 „Allgemeine Regelungen zur Leistungshöhe“, Punkt (5) beschrieben.

7) Wie kann man eine Gesundheitsversicherung für ein Kind abschließen?

Im Sonderklasse-Paket Extra und Max, ist der „BabyBonus“ im Produkt inkludiert. Mit dem BabyBonus besteht die Möglichkeit, ein neugeborenes leibliches Kind ohne Überprüfung des Gesundheitszustandes in den Versicherungsvertrag mit einzuschließen. Wird Ihr Kind innerhalb der ersten zwei Monate nach Geburt mit in den Vertrag eingeschlossen, ist für das erste

Versicherungsjahr keine Prämie zu entrichten. Wenn Ihr Kind älter und der BabyBonus nicht mehr anwendbar ist, erfolgt der Abschluss einer Gesundheitsversicherung analog wie bei einem Erwachsenen mit Durchführung einer Risikoprüfung. Nutzen Sie daher die Möglichkeit, dass auch Ihr Kind früh die Vorteile der Gesundheitsversicherung nutzen kann. Bis zum 1. Juli des Jahres, in dem das Kind 19 Jahre alt wird, gilt außerdem eine deutlich vergünstigte Kinderprämie.

8) Wie kann die Allianz Gesundheitsversicherung gekündigt werden?

Nach Ablauf der Mindestvertragsdauer von 3 Jahren, ist eine Kündigung jährlich zur *Hauptfälligkeit* unter Einhaltung einer 3-monatigen Kündigungsfrist möglich. Die Kündigung ist vom Versicherungsnehmer in Schriftform an uns zu richten. Bitte beachten Sie, dass wir eine Kündigung nur akzeptieren können, wenn diese vom Versicherungsnehmer unterzeichnet wurde.

9) Datenschutz

Wir verarbeiten personenbezogene Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des österreichischen Datenschutzgesetzes (DSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VersVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Mehr Informationen finden Sie unter www.allianz.at/datenschutz.

Die Leistungen „Mein Vorsorgecheck“, „Meiner Energieladung“, „Mein Digital-Doc“ und „Meine Mentalkraft“ bieten wir in Kooperation mit externen Partnern an, die über eigene Datenschutzerklärungen sowie Nutzungsbedingungen verfügen.

FRAGEN ZUM VERSICHERUNGSSCHUTZ

1) Was deckt die Allianz Gesundheitsversicherung ab bzw. nicht ab?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ist abhängig von Ihrem gewählten Paket. Bitte lesen Sie sorgfältig insbesondere den Punkt „Was ist versichert?“ sowie „Was ist nicht versichert?“ im jeweiligen Kapitel zu Ihrem gewählten Paket. Eine Übersicht über den Versicherungsschutz der unterschiedlichen Pakete finden Sie im Kapitel 2.2 „Deckungsumfang der Pakete – Sonderklasse“ bzw. Kapitel 2.3 „Deckungsumfang der Pakete – Wahlarzt“. Ihr gewähltes Paket entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde.

2) Bin ich auch im Ausland versichert?

Der Versicherungsschutz der Allianz Gesundheitsversicherung gilt grundsätzlich weltweit. Bitte beachten Sie jedoch, dass in Ihrem versicherten Paket mitunter Höchstsummen vertraglich festgelegt sind oder die Kostengarantie mit *Direktverrechnung* nicht immer gilt.

3) Habe ich in allen Sonderklasse-Paketen Anspruch auf ein Einbettzimmer?

Das Einbettzimmer ist lediglich im Paket Max versichert, die Verfügbarkeit eines Einbettzimmers im Krankenhaus vorausgesetzt. In den Paketen Comfort und Extra ist die Unterbringung in einem Zweibettzimmer versichert, das bedeutet, dass Sie die Mehrkosten für eine allfällig gewünschte Unterbringung im Einbettzimmer selbst tragen müssen.

4) Was ist „Meine Mentalkraft“ und wie kann ich den Service nutzen?

Die psychologische Onlineberatung „Meine Mentalkraft“ ist für Menschen gedacht, die sich in schwierigen Lebenssituationen befinden und psychologischen Rat suchen. Sie können „Meine Mentalkraft“ nutzen, um sich von erfahrenen Psychologen Anregungen zur Steigerung des mentalen Wohlbefindens geben zu lassen oder über Ihre derzeitige Lebenssituation zu reflektieren.

Die psychologische Onlineberatung ist jedoch kein Ersatz für eine ärztliche oder psychologische Beratung und/oder Behandlung. Bei einer bestehenden psychischen *Erkrankung* ist die psychologische Onlineberatung nicht geeignet. Begeben Sie sich bitte stattdessen in ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung.

Bei Selbstmordgedanken oder sonstigen akut bedrohlichen Situationen (wie zum Beispiel häuslicher Gewalt) ist „Meine Mentalkraft“ ebenfalls nicht geeignet. Bitte wenden Sie sich in diesen Fällen an die entsprechenden Krisen- und Notfallanlaufstellen wie die Telefonseelsorge, Frauenhelpline oder die Polizei.

Um zu erfahren, wie Sie „Meine Mentalkraft“ nutzen können, besuchen Sie bitte unser Allianz Kundenportal, unsere Internetseite www.allianz.at oder wenden Sie sich an unseren Kundenservice (entweder telefonisch unter 05 9009 588 oder per Mail unter gesundheitsversicherung@allianz.at.)

5) Was ist „Mein Digital-Doc“ und wie kann ich diesen Service nutzen?

Mit „Mein Digital-Doc“ können Sie bequem von zu Hause, am Abend oder am Wochenende digitale Leistungen in Anspruch nehmen. Sie können „Mein Digital-Doc“ nutzen, um Informationen zu *Erkrankungen*, deren mögliche Diagnostik, Ursachen, Symptome und Behandlungsmöglichkeiten zu erhalten. Sie können sich über *Arzneimittel* informieren, zum Beispiel über deren Dosierung, Wirkung und Nebenwirkungen. Wenn Sie eine Reise planen, können Sie Ihren Impfschutz überprüfen lassen und sich Impfeempfehlungen und vorbeugende Maßnahmen für Ihr Reise-land geben lassen. „Mein Digital-Doc“ umfasst drei Leistungen: „Doctor Chat“, „Symptomcheck“ und „Medical Hotline“.

Mit **Doctor Chat** können Sie per Chat Kontakt zu einem Arzt aufnehmen, der Ihnen mit allgemeinen medizinischen Ratschlägen zur Seite steht.

Mit der Anwendung **Symptomchecker** können Sie Ihre Beschwerden oder *Erkrankung* beschreiben und erhalten dann nützliche Informationen, wie die Abklärung einer möglichen *Erkrankung* und eine Dringlichkeitsempfehlung hinsichtlich Behandlung oder Arztkonsultation.

Über die **Medical Hotline** können Sie allgemeine medizinische Beratung durch medizinisches Fachpersonal in Anspruch nehmen. Sie erhalten Antworten und unverbindliche Verhaltensempfehlungen zu allgemeinmedizinischen Fragen aus verschiedenen Fachrichtungen, wie zum Beispiel der Allgemeinmedizin, Dermatologie oder Gynäkologie.

Die Ärzte bzw. das medizinische Fachpersonal, mit denen Sie über „Mein Digital-Doc“ in Kontakt treten, dürfen keine Diagnose stellen, Behandlung durchführen oder *Arzneimittel* verschreiben. Die Antworten, die Sie erhalten, sind allgemeine Empfehlungen und praktische Ratschläge und sind nicht als Ersatz für eine ärztliche Untersuchung und Behandlung zu verstehen. „Mein Digital-Doc“ ist nicht geeignet für akute Gesundheitsprobleme und Notfälle. Bitte wenden Sie sich in solchen Fällen an die entsprechenden Anlaufstellen, wie Ihren Hausarzt oder die Notfallambulanz eines Krankenhauses.

Um zu erfahren, wie Sie „Mein Digital-Doc“ nutzen können, besuchen Sie bitte unser Allianz Kundenportal, unsere Internetseite www.allianz.at oder wenden Sie sich an unseren Kundenservice (entweder telefonisch unter 05 9009 588 oder per Mail unter gesundheitsversicherung@allianz.at.)

6) Was ist „Mein Vorsorgecheck“ und wie kann ich diesen Service nutzen?

Bei „Mein Vorsorgecheck“ handelt es sich um ein gemeinsam mit unserem Vertragspartner, dem „Institut für Ernährung & Gesundheitsprävention“ erarbeitetes, umfassendes Vorsorgekonzept. Mit einer breiten Palette an innovativen Vorsorgeleistungen wird ein personalisiertes Stärken-Risiko-Profil zu ausgewählten Gesundheitsthemen erstellt (siehe auch Kapitel 2.2 „Paketübersicht Sonderklasse“). Mit diesem wertvollen Wissen schaffen Sie eine optimale Grundlage, eventuell vorhandene Gesundheitsrisiken zu neutralisieren und Ihre ganz persönliche Gesundheits- und Präventionsstrategie zu verwirklichen.

Im Folgenden haben wir für Sie eine Übersicht über die derzeit angebotenen Vorsorgepakete zusammengestellt:

Folgende Starter-Pakete stehen ab dem 19. Lebensjahr zur Verfügung:**a) Starter-Paket 1**

- Medizinische Genanalyse zu den Themenbereichen „Ernährung – Bewegung – Entgiftung“
- Medizinische Genanalyse zu den Themenbereichen „Herz-Kreislauf und Stoffwechselerkrankungen“
- Gesundheitscheckup „Herz-Kreislauf“ mit aktuellem Gesundheitsstatus und Vollblutanalyse
- Arztgespräch inkl. Gesundheitsplan und Lifestyleoptimierung
- Unterlagenservice einer Ernährungswissenschaftlerin mit maßgeschneiderten Empfehlungen

b) Starter-Paket 2

- Screening mittels quantenphysikalischer Ganzkörpermessung
- Herz-Kreislauf-Checkup mit Blutabnahme und umfassender Laboranalyse
- Vollblutanalyse mit Vitaminprofil, Mineralstoffprofil und Schadstoffprofil
- Mikrobiologische Darmanalyse
- Arztgespräch inkl. Gesundheitsplan und Lifestyleoptimierung
- Unterlagenservice einer Ernährungswissenschaftlerin mit maßgeschneiderten Empfehlungen

c) Starter-Paket 3 „Flexi“

Wird klassisch mit Schwerpunkt Herz-Kreislauf-Checkup angeboten:

- Gesundheitscheckup „Herz-Kreislauf“ mit aktuellem Gesundheitsstatus, Halsschlagadermessung (Carotisdoppler), Ultraschall der individuell wichtigsten Organe
- je nach Bedarf individuell abgestimmt: EKG oder Ergometrie und Langzeitblutdruck; alternativ: Ergometrie und HRV-Messung
- Herz-Kreislauf-Checkup mit Blutabnahme und umfassender Laboranalyse
- Vollblutanalyse mit Vitaminprofil, Mineralstoffprofil, und Schadstoffprofil
- Arztgespräch inkl. Gesundheitsplan und Lifestyleoptimierung
- Unterlagenservice einer Ernährungswissenschaftlerin mit maßgeschneiderten Empfehlungen

Alternativ besteht die Möglichkeit, im Rahmen des „Flexi-Vorteils“ individuell und flexibel aus den Schwerpunktthemen der jeweiligen Vorsorgepakete (siehe unten) ein eigenes Paket in gleichem Umfang zusammenzustellen. Unser Partner „Institut für Ernährung & GesundheitsPrävention“ wird Sie bei der Zusammenstellung Ihres Paketes gerne beraten.

Folgende Starter Pakete stehen bis zum 19. Lebensjahr zur Verfügung:**a) Starter-Paket 4 für Neugeborene und Säuglinge (bis zum 1. Lebensjahr)**

- Darm-Checkup mit umfangreichen Parametern aus 3 Stuhlproben; Ergebnisse zu Immunstatus, Unverträglichkeiten und Bakterien
- Ergebnisbericht mit Empfehlungen von Arzt & Ernährungswissenschaftlerin
- Erläuterung in einem Telefontermin und auf Wunsch per Mail / Post

b) Starter-Paket 5 „Flexi“ für Kinder

zwischen dem 5. und 19. Lebensjahr:

- Vital-Checkup mit umfassender Vollblutanalyse
- Vollblutanalyse mit Vitaminprofil, Mikronährstoffprofil
- Arztgespräch inkl. Gesundheitsplan und Lifestyleoptimierung
- Unterlagenservice einer Ernährungswissenschaftlerin mit maßgeschneiderten Empfehlungen

oder

- Darm-Checkup mit umfangreichen Parametern aus Stuhlproben; Ergebnisse zu Immunstatus, Unverträglichkeiten und Bakterien
- Ergebnisbericht mit Empfehlungen von Arzt und Ernährungswissenschaftlerin
- Erläuterung in einem Telefontermin und auf Wunsch per Mail/Post

Nach Bedarf ist alternativ anstatt eines Arztgesprächs, das Gespräch

mit einer Ernährungswissenschaftlerin zur Lifestyleoptimierung möglich.

Folgende Vorsorge-Pakete stehen nach Ablauf von 3 Versicherungsjahren zur Verfügung:**a) Vorsorge-Paket 1 – „Ganzkörpercreening“**

- Quantenphysikalische Ganzkörpermessung: Diese Untersuchung zeigt Entzündlichkeiten im Frühstadium auf und macht Dysbalancen im Immunsystem, Vitalstoffbereich und Hormonhaushalt sichtbar
- Blutabnahme mit großem Blutbild und Vollblutanalyse / alternativ Darmanalyse nach Bedarf
- Arztgespräch mit Empfehlungen der Ernährungswissenschaftlerin zur Lifestyleoptimierung

b) Vorsorge-Paket 2 – „Herz-Kreislauf-Checkup“

- Gesundheitscheckup „Herz-Kreislauf“ mit aktuellem Gesundheitsstatus und Vollblutanalyse
- Halsschlagadermessung / Carotisdoppler
- Ultraschall der wichtigsten Organe / alternativ Ergometrie, Mix-Ultraschall, HRV-Messung
- Arztgespräch mit Empfehlungen der Ernährungswissenschaftlerin zur Lifestyleoptimierung

c) Vorsorge-Paket 3 – „Entgiftungs-Checkup“

- Entgiftungs-Checkup mit Blutabnahme und Mineralstoff- sowie Schadstoffanalyse
- Mikrobiologische Darmanalyse
- Personalisiertes Entgiftungskonzept mit Lifestyleoptimierung & Anti-Aging-Empfehlungen.
- Arztgespräch mit Empfehlungen der Ernährungswissenschaftlerin zur Lifestyleoptimierung

d) Vorsorge-Paket 4 – „Vital- und Immunstatus-Checkup“

- Blutabnahme zu Immuntoleranz / Infektneigung / Immunkompetenz
- Großes Blutbild und Vollblut-analyse mit umfassenden Mikronährstoffprofil / 25 Nährstoffe
- Große Immunstatusanalyse
- Arztgespräch mit Ergebnisbericht zu Vitalstoffzufuhr & Lifestyleoptimierungen
- Unterlagenservice mit Ernährungs-feintuning von der Ernährungswissenschaftlerin

e) Vorsorge-Paket 5 – „Stressoren-Checkup“

- Großes Blutbild, umfassendes Stressprofil mit Vollblut-analyse sowie Cortisol und Adrenalinmessung
- HRV-Messung als 24-Stunden-Messung in diversen Aktivitäts- und Schlafphasen
- Lifestyleanalyse & Bochumer Persönlichkeitsinventartestung werden online durchgeführt

- Ergebnisgespräch nach Bedarf mit dem Arzt oder der HRV Therapeutin zur Lifestyleoptimierung

Um zu erfahren, wie Sie „Meine Vorsorge-check“ nutzen können, besuchen Sie bitte unser Allianz Kundenportal, unsere Internetseite www.allianz.at oder wenden Sie sich an unseren Kundenservice (entweder telefonisch unter 05 9009 588 oder per Mail unter gesundheitsversicherung@allianz.at.)

7) Wann ist die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung sinnvoll?

Die ärztliche Zweitmeinung soll Ihnen dabei helfen, die Chancen und Risiken Ihrer Behandlung besser einschätzen zu können und sich ein Bild darüber zu machen, ob die geplante Operation erforderlich ist oder es Behandlungsalternativen gibt. Wenn Sie eine ärztliche Zweitmeinung einholen möchten, ist es ratsam die vorhandenen Berichten, Befunden, Laborwerten etc. mitzunehmen.

FRAGEN ZUM LEISTUNGSFALL

1) Wie erfolgt die Verrechnung von Leistungen aus meinem Sonderklasse-Paket?

Wenn Sie sich in einem *Vertragskrankenhause* behandeln lassen und bei der Aufnahme im Krankenhaus einen Auftrag zur *Direktverrechnung* erteilt haben, wird das Krankenhaus die Mehrkosten für die stationäre *Heilbehandlung* in der Sonderklasse direkt mit uns abrechnen, ohne dass Sie in Vorleistung treten müssen (*Kostengarantie* mit *Direktverrechnung*). Im Sonderklasse-Paket Extra kommt in einigen Fällen ein Selbstbehalt zur Anwendung, den wir nach dem Krankenhausaufenthalt in Rechnung stellen werden.

Erfolgt keine *Direktverrechnung*, zum Beispiel weil Sie in einem Krankenhaus waren, das nicht zu unseren *Vertragskrankenhäusern* zählt, müssen Sie die Kosten für den Krankenhausaufenthalt zunächst selbst tragen. Nachdem Sie uns die Krankenhausrechnung zur Erstattung eingereicht haben, werden wir Ihnen die *tariflichen Leistungen* erstatten (abzüglich eines eventuell vertraglich vereinbarten Selbsthalts bzw. eines eventuellen Kostenanteils der gesetzlichen Krankenversicherung). Nähere Informationen zu den *tariflichen Leistungen* entnehmen Sie bitte dem Punkt (7) „Tarifliche Leistungen“ im jeweiligen Kapitel zu Ihrem gewählten Paket.

Neben der Kostenerstattung für die stationäre *Heilbehandlung* in einem Krankenhaus haben Sie ggf. Anspruch auf zusätzliche Leistungen wie zum Beispiel Ersatztagegeld, Zuschuss für Kur und Rehabilitation, Entbindungsgeld oder *Transportkosten*. Bitte lesen Sie sich den Punkt „Welche weiteren Leistungen gibt es und was ist zu beachten?“ im Kapitel 3.1 „Checkliste für die Sonderklasse (stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus)“ durch, um mehr über den Ablauf der Erstattung zu erfahren. Im Punkt „Weitere Leistungen“ im jeweiligen Kapitel zu Ihrem gewählten Paket erklären wir Ihnen, wann und unter welchen Voraussetzungen Sie Anspruch auf die jeweiligen Leistungen haben.

2) Was kann ich tun, wenn ich mit meinem Sonderklasse-Aufenthalt nicht zufrieden war?

In den Verträgen mit unseren *Vertragskrankenhäusern* sind bestimmte Qualitätskriterien hinsichtlich Unterbringung und Verpflegung festgelegt. Sollte Ihr Sonderklasseaufenthalt bezüglich Unterbringung, Verpflegung etc. diese Qualitätskriterien nicht erfüllen, sprechen Sie das bitte schon im Krankenhaus an. Wenn Ihre Einwände nicht ernstgenommen werden, wenden Sie sich bitte an unseren Kundenservice, zum Beispiel per Mail unter gesundheitsversicherung@allianz.at oder telefonisch unter 059009 588.

3) Wie reiche ich eine Rechnung zu meinem Wahlarzt-Paket ein?

Der einfachste und schnellste Weg, um Rechnungen zu Ihrem Wahlarzt Paket einzureichen, ist über die Allianz App „Meine Gesundheit“. Um Ihre Rechnungen digital bei uns einzureichen, gehen Sie bitte folgendermaßen vor:

1) Laden Sie die App „Meine Gesundheit“ im Google Play Store oder Apple App Store herunter.

2) Für die Registrierung benötigen Sie die *Nummer der Versicherungs-urkunde* und den *Versicherungsbeginn*. Falls Sie der *Versicherungsnehmer* des Vertrages sind und schon im Allianz Kundenportal registriert sind oder eine andere Allianz App verwenden, müssen Sie keine Registrierung mehr durchführen, sondern können sich bequem mit Ihren bestehenden Zugangsdaten einloggen.

3) Nun können Sie die Rechnung einreichen: Erfassen Sie zunächst die wichtigsten Rechnungsdetails und fotografieren dann die Rechnung bzw. den Erstattungsnachweis der gesetzlichen Krankenversicherung direkt in der App. Der Leistungsfall wird nun automatisch angelegt und kann umgehend von uns bearbeitet werden.

Sie haben auch die Möglichkeit Ihre Rechnungen per E-Mail oder Post bei uns einzureichen. Um mehr darüber zu erfahren, lesen Sie sich bitte das Kapitel 3.2 „Checkliste für den Wahlarzt (ambulante Heilbehandlung)“ durch.

4) Benötige ich für die Erstattung von Arzneimitteln immer eine ärztliche Verordnung?

Eine ärztliche Verordnung ist für die Erstattung aller Arzneimittel erforderlich.



5) Gibt es in den Wahlarzt-Paketen auch die Möglichkeit der Direktverrechnung?

Für *ambulante Heilbehandlungen* übernimmt die gesetzliche Krankenversicherung in vielen Fällen einen Teil der Kosten. Damit wir den Restbetrag erstatten können und Sie damit bis zu 100% Ihrer Kosten erstattet bekommen, müssen Sie Ihre Rechnungen zu Ihrem Wahlarztpaket zunächst bei Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung zur Erstattung einreichen. Diesen zusätzlichen Schritt dürfen wir leider aus rechtlichen Gründen nicht für Sie übernehmen. Aufgrund dieser externen Vorgabe kann in den Wahlarzt-Paketen im Gegensatz zu den Sonderklasse-Paketen leider keine *Direktverrechnung* erfolgen. Detaillierte Informationen zur Kostenerstattung und Einreichung von Rechnungen zu Ihrem Wahlarzt-Paket finden Sie im Kapitel 2.3.1 „Allgemeine Regelungen zur Leistungshöhe“, Punkt (4) sowie Kapitel 3.2 „Checkliste für den Wahlarzt (ambulante Heilbehandlung)“.

6) Kann ich den Erstattungsbetrag von meiner Rechnung auf ein anderes Konto überweisen lassen?

Wenn Sie Ihre Rechnung über die App „Meine Gesundheit“ einreichen, ist eine Auszahlung nur auf das bei uns hinterlegte Inkassokonto möglich. Bei Einreichungen Ihrer Rechnung per Mail, Fax, oder Post kann die Angabe einer anderen Kontoverbindung gerne berücksichtigt werden. Wir bitten Sie uns dies im Zuge Ihrer Einreichung mitzuteilen.

Sie haben noch weitere Fragen zur Allianz Gesundheitsversicherung?

Bei Fragen oder Unklarheiten helfen wir Ihnen gerne persönlich unter 05 9009 588 weiter oder per Mail unter gesundheitsversicherung@allianz.at.

5. ALLIANZ APPS UND KUNDENPORTAL

Mit dem „Meine Allianz“ Kundenportal und der „Meine Gesundheit“-App hat man stets die wichtigsten Informationen rund um Versicherungsschutz und Services bei der Hand.



„Meine Gesundheit“ – einfach und schnell



Mit der Allianz App „Meine Gesundheit“ können Rechnungen (zum Beispiel von Fachärzten oder Arzneimittelrechnungen) zu einem Wahlarzt Paket digital eingereicht werden – direkt, unkompliziert und schnell!

Zu Beginn müssen die wichtigsten Rechnungsdetails erfasst werden, anschließend werden die Rechnung und der Erstattungsnachweis (falls vorhanden) der gesetzlichen Krankenversicherung direkt in der App fotografiert oder die Fotos in der App hochgeladen – fertig!

Der Leistungsfall wird automatisch angelegt und kann umgehend bearbeitet werden. Mehr Informationen zur Einreichung von Rechnungen sind in Kapitel 3.2 „Checkliste für den Wahlarzt (ambulante Heilbehandlung)“ zu finden.

„Meine Allianz“ – einfach und schnell



Im Kundenportal sind nicht nur alle Versicherungsurkunden, sondern auch die wichtigsten Kontaktdaten für eine rasche Hilfe zu Verträgen und Schäden, zu finden. Weitere Vorteile sind:

- Schaden in nur wenigen Klicks und mit wenigen Eingaben melden
- Verträge und Schäden digital managen
- Personendaten einsehen und bearbeiten
- direkt den Berater kontaktieren

Für die Registrierung im Kundenportal oder in der App sind zur Identifikation die *Nummer der Versicherungsurkunde* und der Versicherungsbeginn notwendig. Falls bereits ein Zugang zum Allianz Kundenportal oder zu einer anderen Allianz App besteht, kann die Anmeldung einfach und bequem mit den bereits vorhandenen Zugangsdaten in allen Apps und Online-Services erfolgen.

Entweder unter www.allianz.at/kundenportal direkt in das Kundenportal einsteigen und alle Vorteile nutzen oder ganz einfach die App „Meine Gesundheit“ im Apple App Store oder im Google Play Store herunterladen.

Unser **Allianz Kunden Service** hilft Ihnen gerne bei Fragen, technischen Problemen oder wenn die Zugangsdaten verlegt wurden, unter **+43 5 9009 580** oder **kundenportal@allianz.at**

Einfach smart – unsere Allianz Apps.

6. ANHÄNGE

Anhang 1 – Physikalische und ganzheits- medizinische Behandlungsmethoden

Akupressur	Maitland-Therapie
Akupunktur	Manuelle Therapie
Akupunkturmassage nach Penzel	McKenzie Methode – Mechanische Diagnose und Therapie (MTD)
Atemmuskeltraining	Mototherapie
Atemtherapie	Moxa-Therapie
Balneotherapie	Musiktherapie
Bindegewebemassage	Myoreflextherapie
Biofeedback	Neuraltherapie
Bioresonanztherapie	Orthobionomie
Bobath-Konzept	Osteopathie und Orthopathie
Chinesische Puls- und Zungendiagnostik	Ozontherapie
Chirotherapie	Peloidtherapie
Craniosacraltherapie	Physiotherapie, klassische
Elektroakupunktur	Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
Elektrotherapie	Reittherapie (Hippotherapie)
Extensionsbehandlung	Reizstromtherapie, Elektromedizin, Elektrotherapie
Forced-Use-Therapie	Rolfing
Fußpressurmassage	Schröpftherapie
Fußreflexzonenmassage	Schroth Therapie bzw. Dreidimensionale Skoliosebehandlung nach Schroth
Heilgymnastik	Segmenttherapie
Heilmassage, medizinische	Shiatsu
Hydrotherapie	Spiraldynamik – Fußschule
Kernspin Resonanz Therapie (MBST) und Pulsierende Signaltherapie (PST)	Subkutane Reflextherapie
Kinesiologie, Kinesiologisches Taping	Traditionelle Chinesische Medizin
Klimakammertherapie, Hypobare Therapie	Tuina-Massage
Krankengymnastik	Unterwassergymnastik
Kryotherapie	Vojta Therapie
Laserakupunktur	Wirbelsäulentherapie nach Dorn und Breuss
Lee Silverman Voice Treatment (LSVT)	
Lymphdrainage	
Massage	

Anhang 2 – Europaliste

Für die in der Europaliste angeführten Staaten gilt für die Sonderklasse Pakete Comfort, Extra und Max die „Europa-garantie“, das bedeutet, bei einem Aufenthalt in der Sonderklasse eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses oder einer privaten Krankenanstalt werden die Aufenthalts- und Behandlungskosten und Honorare zur Gänze von uns übernommen.

Staaten der Europäischen Union

- Belgien
- Bulgarien
- Dänemark
- Deutschland
- Estland
- Finnland
- Frankreich
- Griechenland
- Italien
- Irland
- Kroatien
- Lettland
- Litauen
- Luxemburg
- Malta
- Niederlande
- Polen
- Portugal

- Rumänien
- Schweden
- Slowenien
- Slowakei
- Spanien
- Tschechien
- Ungarn
- Zypern

Für folgende Staaten außerhalb der Europäischen Union gilt die Europagarantie ebenfalls:

- Andorra
- Island
- Liechtenstein
- Monaco
- Norwegen
- San Marino
- Schweiz
- Türkei
- Vereinigtes Königreich

Anhang 3 – Liste der Vertragskrankenhäuser (Stand Februar 2021)

Ist eine Behandlung in einer nicht angeführten Einrichtung geplant, empfehlen wir, vor Antritt des Aufenthaltes mit uns Kontakt aufzunehmen, ausgenommen die Dringlichkeit der Aufnahme lässt dies nicht zu.

Ist eine tagesklinische Heilbehandlung geplant, ersuchen wir, rechtzeitig mit uns Kontakt aufzunehmen, da mit einigen der im Verzeichnis angeführten Krankenhäuser Vereinbarungen über die tagesklinische Durchführung von operativen Eingriffen und Untersuchungen bestehen und in solchen Fällen die Mehrkosten der Sonderklasse ebenfalls zur Gänze übernommen werden.

Wien

Universitätsklinikum AKH Wien
 Evangelisches Krankenhaus Wien
 Franziskus Spital –
 Standorte: Landstraße und Margareten
 Hanusch-Krankenhaus
 Herz-Jesu-Krankenhaus
 Klinik Landstraße
 (vormals: Krankenanstalt Rudolfstiftung)
 Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
 Krankenhaus der Barmherzigen
 Schwestern
 Krankenhaus Göttlicher Heiland

Klinik Hietzing
 (vormals: Krankenhaus Hietzing mit
 Neurologischem Zentrum Rosenhügel)
 Klinik Floridsdorf
 (vormals: Krankenhaus Nord)
 Orthopädisches Spital Speising
 Privatklinik Confraternität (Josefstadt)
 Privatklinik Döbling
 Privatklinik Goldenes Kreuz
 Privatklinik Rudolfinerhaus
 Sanatorium Hera
 Klinik Penzing
 (vormals: Sozialmedizinisches Zentrum
 Baumgartner Höhe, Otto-Wagner-Spital)
 Klinik Donaustadt
 (vormals: Sozialmedizinisches Zentrum Ost –
 Donauspital)
 Klinik Favoriten
 (vormals: Sozialmedizinisches Zentrum Süd –
 Kaiser-Franz-Josef-Spital mit Preyer'schem
 Kinderspital)
 St.-Anna-Kinderspital
 St.-Josef-Krankenhaus
 Traumazentrum Wien –
 Standorte: Lorenz Böhler und Meidling
 Universitätszahnklinik –
 Tagesklinik für orale Chirurgie
 Wiener Privatklinik
 Klinik Ottakring
 (vormals: Wilhelminenspital)
vorgenehmigungspflichtig:
 Station für Psychosomatik bei Säug-
 lingen, Kindern und Jugendlichen

Burgenland

Eisenstadt,
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
Güssing, A. ö. Krankenhaus
Kittsee, A. ö. Krankenhaus
Oberpullendorf, A. ö. Krankenhaus
Oberwart, A. ö. Krankenhaus

Niederösterreich

Amstetten, Landeskrankenhaus
Baden, Landeskrankenhaus
Baden, Medicent
ausgenommen sind Eingriffe/
Behandlungen durch:
Dr. Robert Pavelka, Facharzt für Hals-,
Nasen-, und Ohrenheilkunde
Dr. Andreas Kuchar, Facharzt für
Augenheilkunde und Optometrie

Gmünd, Landeskrankenhaus
Hainburg, Landeskrankenhaus
Hohegg, Landeskrankenhaus
ausgenommen: Rehabilitations-
sowie Heilstättenfälle

Hollabrunn, Landeskrankenhaus
Horn, Landeskrankenhaus
Klosterneuburg, Landeskrankenhaus
Korneuburg, Landeskrankenhaus
Krems, Universitätskrankenhaus
Lilienfeld, Landeskrankenhaus
Mauer, Landeskrankenhaus
Melk, Landeskrankenhaus
Mistelbach-Gänserndorf,
Landeskrankenhaus
Mödling, Landeskrankenhaus
Neunkirchen, Landeskrankenhaus
Scheibbs, Landeskrankenhaus
St. Pölten, Universitätskrankenhaus
Stockerau, Landeskrankenhaus
Tulln, Universitätskrankenhaus
Waidhofen/Thaya, Landeskrankenhaus
Waidhofen/Ybbs, Landeskrankenhaus
Wr. Neustadt, Landeskrankenhaus
Zwettl, Landeskrankenhaus

Steiermark

Bad Aussee, AMEOS Klinikum
Bad Aussee, Landeskrankenhaus
Bad Radkersburg, Landeskrankenhaus
Südsteiermark
Bruck an der Mur, Landeskrankenhaus
Hochsteiermark
Deutschlandsberg, Landeskrankenhaus
Weststeiermark
Feldbach, Landeskrankenhaus
Feldbach-Fürstenfeld
Fürstenfeld, Landeskrankenhaus
Feldbach-Fürstenfeld
Graz, Albert Schweitzer Klinik –
Geriatrische Gesundheitszentren
der Stadt Graz
Graz, Landeskrankenhaus –
Universitätskrankenhaus
Graz, Krankenhaus der Barmherzigen
Brüder – Standorte Graz-Marschall-
gasse und Graz-Eggenberg
Graz, Krankenhaus der Elisabethinen
Graz, Landeskrankenhaus II –
Standorte Graz-West und Graz-Süd
Graz, Privatklinik Graz-Ragnitz
Graz, Privatklinik Hansa
Graz, Privatklinik Kastanienhof
Graz, Privatklinik Kreuzschwester
Graz, Privatklinik Leech
Graz, Sanatorium St. Leonhard
Graz, Unfallkrankenhaus Steiermark –
Standorte: Graz und Kalwang

Hartberg, Landeskrankenhaus
Judenburg, Landeskrankenhaus Murtal
Kapfenberg, Neurologische
Therapiezentrum
Knittelfeld, Landeskrankenhaus Murtal
Laßnitzhöhe, Privatklinik Laßnitzhöhe
Leoben, Landeskrankenhaus
Hochsteiermark
Mürzzuschlag, Landeskrankenhaus
Rottenmann, Landeskrankenhaus
Schladming, Diakonissen-Krankenhaus
Stolzalpe, Landeskrankenhaus Murtal
Voitsberg, Landeskrankenhaus
Weststeiermark
Vorau, Marienkrankenhaus
Wagna, Landeskrankenhaus
Südsteiermark
Weiz, Landeskrankenhaus

Oberösterreich

Bad Ischl, Salzkammergut-Klinikum
 Braunau am Inn, Krankenhaus St. Josef
 der Schulschwestern
 Freistadt, Klinikum
 Gmunden, Salzkammergut-Klinikum
 Kirchdorf, Pyhrn-Eisenwurzen-Klinikum
 Linz, Barmherzige Brüder
 Konventhospital
 Linz, Ordensklinikum – Standorte:
 Barmherzige Schwestern und
 Elisabethinen
 Linz, Klinik Diakonissen
 Linz, Tagesklinik Diakonissen Linz
 Linz, Kepler Universitätsklinikum,
 Med Campus III
 (vormals: AKH Linz)
 Linz, Kepler Universitätsklinikum,
 Med Campus IV
 (vormals: Frauen- und Kinderklinik Linz)
 Linz, Kepler Universitätsklinikum,
 Neuromed Campus
 (vormals: Landesnervenklinik Wagner-Jauregg)
 Linz, Unfallkrankenhaus
 Linz, Medicent
 Ried im Innkreis, Krankenhaus
 der Barmherzigen Schwestern
 Rohrbach, Klinikum
 Schärding am Inn, Klinikum
 Sierning bei Steyr,
 Krankenhaus der Kreuzschwestern
 Steyr, Pyhrn-Eisenwurzen-Klinikum
 Vöcklabruck, Salzkammergut-Klinikum
 Wels-Grieskirchen, Klinikum

Tirol

Hall in Tirol, Landeskrankenhaus
 Imst, MEDALP –
 Zentrum für ambulante Chirurgie
 Innsbruck, A. ö. Landeskrankenhaus –
 Universitätskliniken
 Innsbruck, Medicent
ausgenommen sind Eingriffe/
 Behandlungen durch:
 Dr. Petra Lugger,
 Fachärztin für Chirurgie

 Innsbruck, Privatklinik Hochrum
 Innsbruck, Sanatorium Kettenbrücke
 Kufstein, A. ö. Bezirkskrankenhaus
 Lienz in Osttirol, A. ö.
 Bezirkskrankenhaus
 Mayrhofen, Sportclinic Zillertal
 Natters, Landeskrankenhaus
 Hochzirl – Natters
 Reutte, A. ö. Bezirkskrankenhaus
 St. Johann in Tirol, A. ö.
 Bezirkskrankenhaus
 Schwaz, A. ö. Bezirkskrankenhaus
 Wörgl, Privatklinik Kursana
nur operative Behandlungen

 Zams, A. ö. Krankenhaus St. Vinzenz
 Zirl, ö. Landeskrankenhaus
 Hochzirl – Natters

Salzburg

Bad Dürrenberg, EMCO Privatklinik
 Bad Vigaun, Medizinisches Zentrum
 Hallein, Landesklinik
 Mittersill, A. ö. Tauernklinikum
 Oberndorf, A. ö. Krankenhaus
 Radstadt, Krankenanstalt Dr. Aufmesser
 Saalfelden, Privatklinik Ritzensee
 Salzburg, A. ö. Krankenhaus der Barm-
 herzigen Brüder
 Salzburg, Christian-Doppler-Klinik Uni-
 versitätsklinikum Salzburg
 Salzburg, Landeskrankenhaus - Univer-
 sitätsklinikum der Paracelsus
 Medizinischen Privatuniversität
 Salzburg, Medicent
ausgenommen sind Eingriffe/
 Behandlungen durch:
 Dr. Jurij Kocmut, Facharzt für
 Augenheilkunde und Optometrie

 Salzburg, Privatklinik
 (ehemals Dr. Pierer)
 Salzburg, Privatklinik Wehrle-
 Diakonissen
 Salzburg, Unfallkrankenhaus
 Schwarzach im Pongau, Kardinal
 Schwarzenberg Klinikum
 St. Veit im Pongau, Landesklinik
 Tamsweg, Landesklinik
 Zell am See, Tauernklinikum

Kärnten

Friesach, A. ö. Krankenhaus des
 Deutschen Ordens
 Klagenfurt, Klinikum
 Klagenfurt,
 A. ö. Krankenhaus der Elisabethinen
 Klagenfurt, Privatklinik Mariahilf
 Klagenfurt, Unfallkrankenhaus
 Kötschach,
 A. ö. Landeskrankenhaus Laas
 St. Veit a. d. Glan, A. ö. Krankenhaus
 der Barmherzigen Brüder
 Spittal/Drau, A. ö. Krankenhaus
 Villach, A. ö. Landeskrankenhaus
 Villach, Privatklinik
 Waiern, ö. Krankenhaus
 Wolfsberg, A. ö. Landeskrankenhaus

Vorarlberg

Bludenz, Landeskrankenhaus
 Bregenz, Landeskrankenhaus
 Dornbirn, A. ö. Krankenhaus der Stadt
 Feldkirch, Landeskrankenhaus
 Hohenems, Landeskrankenhaus
 Rankweil, Landeskrankenhaus

Die Kostengarantie gilt bis 31.03.2022
 und kann unter Einhaltung einer Frist
 von drei Wochen frühestens mit
 Wirkung ab 01.04.2022 widerrufen
 werden. Sie gilt darüber hinaus, so
 lange kein Widerruf oder eine weitere
 Befristung ausgesprochen wird.

DANKE FÜR IHR VERTRAUEN!

WIR FREUEN UNS,
DASS SIE FÜR IHRE GESUNDHEIT
ALLIANZ GEWÄHLT HABEN.

Wir sind bemüht, unsere
Produkte und Services
laufend zu verbessern.

Sollten Sie Feedback für uns
haben, kontaktieren Sie uns unter
feedback@allianz.at.

Allianz Vertrags-Service

Unsere spezialisierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Kundencenter stehen Ihnen stets zur Verfügung, um Ihre Fragen zu beantworten.

Sie erreichen uns Montag bis Freitag (ausgenommen an Feiertagen) von 07.00 bis 18.00.

Telefonnummer Vertrags-Service:

05 9009 9001

E-Mail Vertrags-Service:

vertrag@allianz.at

Telefonnummer Schaden-Service:

05 9009 9009

E-Mail Schaden-Service:

schaden@allianz.at

Allianz Assistance-Services

Falls Sie unsere Assistance-Leistungen im Falle eines Notfalls benötigen, erreichen Sie uns auch direkt, 24 Stunden am Tag an 7 Tagen die Woche, in unserer Assistance-Zentrale:

Telefonnummer (Inland):

0800/203 33 00

Telefonnummer (Ausland):

+43 1 203 33 00

Die folgenden Informationen werden vom Allianz Kundencenter sowie Allianz Assistance Services benötigt:

- Ihr Name
- Ihre Kontaktinformation
- Beschreibung des Problems
- Ihre Polizzennummer (sofern Sie diese zur Hand haben)

Wir werden Sie über die nächsten Schritte informieren und führen Sie durch den Prozess.

Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen (z.B. Versicherungsnehmer, Vertragspartner, Organ etc.) gilt die gewählte Bezeichnung für alle Geschlechter.

Unsere aktuelle Datenschutzerklärung finden Sie unter www.allianz.at/datenschutz

Stand April 2021

Allianz Elementar Versicherungs-Aktiengesellschaft
Sitz: 1130 Wien, Hietzinger Kai 101-105
Telefon: 05 9009-0, Telefax: 05 9009-70000
Internet: <http://www.allianz.at>

Eingetragen im Firmenbuch des Handelsgerichts Wien unter FN 34004g, UID: ATU 1536 4406, DVR: 0003565

Aufsichtsbehörde:
Finanzmarktaufsicht, 1090 Wien,
Otto-Wagner-Platz 5, (www.fma.gv.at)