

MEINE GESUNDHEITSVERSICHERUNG FÜR NICHTSOZIALVERSICHERTE – EINFACH ERKLÄRT

Stand: Juni 2021

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

1.	Einführung in Ihre Versicherung	4
2.	Produktbeschreibung – Versicherungsbedingungen	5
2.1.	Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	5
2.2.	Deckungsumfang - Sonderklasse (stationäres Paket)	7
2.2.1.	Allgemeine Regelungen zur Leistungshöhe und Leistungsdauer	8
2.2.2.	Sonderklasse	11
2.3.	Deckungsumfang – Wahlarzt (ambulantes Paket)	19
2.3.1.	Allgemeine Regelungen zur Leistungshöhe	20
2.3.2.	Wahlarzt	20
2.4.	Optionale Zusatzbausteine	27
2.4.1.	Selbstbehalt	27
2.4.2.	Meine Energieladung	27
2.4.3.	Meine Reise-Assistance	28
2.5.	Obliegenheiten und Pflichten des Versicherungsnehmers	33
2.5.1.	Rund um die Prämienzahlung	33
2.5.2.	Anzeigepflicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, Folgen der Verletzung dieser Anzeigepflicht	34
2.5.3.	Bekanntgabe und Änderung des Hauptwohnsitzes	35
2.5.4.	Anspruchsberechtigung bzw. Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung	35
2.5.5.	Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person während des Bestehens des Versicherungsvertrages – Folgen der Verletzung dieser Pflichten	35
2.5.6.	Ansprüche gegen Dritte	36
2.6.	Auszahlung der Versicherungsleistungen	36
2.7.	Was sollten Sie noch unbedingt zu Ihrem Versicherungsverhältnis wissen?	38
2.7.1.	Ruhe des Versicherungsschutzes	38
2.7.2.	Beendigung des Versicherungsvertrages	38
2.7.3.	Erfüllungsort und Gerichtsstand	39
2.7.4.	Wertanpassung	39
2.8.	Glossar	42
3.	Leistungsfall – Was nun?	48
3.1.	Checkliste für die Sonderklasse (stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus)	48
3.2.	Checkliste für den Wahlarzt (ambulante Heilbehandlung)	52
4.	Häufig gestellte Fragen	54
5.	Allianz Apps und Kundenportal	59
6.	Anhänge	60

1. Einführung in Ihre Versicherung

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.

In diesem Dokument finden Sie Informationen und Antworten rund um Ihre Gesundheitsversicherung - transparent und verständlich erklärt.

Mit „Meine Gesundheitsversicherung für Nichtsozialversicherte“ hat die Allianz eine neue und modernisierte Produktlinie geschaffen. Für den Schutz Ihrer Gesundheit bieten wir Ihnen für den stationären (Sonderklasse) und den ambulanten Bereich (Wahlarzt) jeweils ein klar strukturiertes und gut verständliches Paket an. Unabhängig davon, ob sie als sogenannter *Grenzgänger* oder *nicht sozialversicherte Person* einen Versicherungsschutz benötigen bzw. eine *Selbstversicherung* im Rahmen einer *Niederlassungsbewilligung* beantragen, genießen Sie einen grundsätzlich dauerhaften und umfassenden Schutz bei *Erkrankungen, Unfällen*, Schwangerschaft und Entbindung.

Mit dem Abschluss von „Meine Gesundheitsversicherung für Nichtsozialversicherte“ erwerben Sie einen der gesetzlichen Krankenversicherung gleichwertigen Versicherungsschutz in der allgemeinen Gebührenklasse, und darüber hinaus genießen Sie in der Sonderklasse viele Vorteile, wie die freie Arztwahl, kurze Wartezeiten in Privatkliniken, weltweiten Versicherungsschutz und telemedizinische Dienstleistungen.

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 auch Vorsorgeleistungen an, die über das Angebot der gesetzlichen Krankenversicherung hinausreichen, zum Beispiel bei der Lebensstiloptimierung, Gesundheitsförderung, Prävention (inkl. Reiseimpfungen) und mentalen Gesundheit.

Zusätzlich zu „Meine Gesundheitsversicherung für Nichtsozialversicherte – Einfach erklärt“ erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsurkunde. Auf dieser sind die versicherten Leistungen sowie unter anderem eventuell vorhandene Leistungslimits, Selbstbehalte und vereinbarte Zusatzleistungen festgelegt.

Die Versicherungsurkunde legt zusammen mit „Meine Gesundheitsversicherung für Nichtsozialversicherte – 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. Produktbeschreibung – Versicherungsbedingungen

Aus dem vorliegenden Dokument „Meine Gesundheitsversicherung für Nichtsozialversicherte – Einfach erklärt“ stellen nur der Abschnitt 2. „Produktbeschreibung – Versicherungsbedingungen“ sowie der Abschnitt 6. „Anhänge“ rechtlich verbindliche Regelungen und Inhalte für den Allianz Gesundheitsversicherungsvertrag 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 für Nichtsozialversicherte – Einfach erklärt“ sind nicht Vertragsbestandteil für den Allianz Gesundheitsversicherungsvertrag.

Innerhalb des Dokuments „Meine Gesundheitsversicherung für Nichtsozialversicherte – 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“) an.

b) gegebenenfalls auch als betreffenden Punkt in einem Kapitel an. Zum Beispiel Kapitel 2.2.2. „Sonderklasse“, 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 ihn aus dem Vertrag treffenden Rechte und Pflichten, wie zum Beispiel die Pflicht zur Prämienzahlung.

(3) Versicherte Person

Der Versicherungsschutz für „Meine Gesundheitsversicherung für Nichtsozialversicherte“ 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.

(5) Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz gilt grundsätzlich weltweit.

(6) Beschränkungen des Versicherungsschutzes

Die Erstattung von Versicherungsleistungen erfolgt immer unter Berücksichtigung von eventuell vereinbarten Höchstsummen, Pauschalbeträgen oder Limits. Genaue Definitionen davon finden Sie im Kapitel 2.2.1. „Allgemeine Regelungen zur Leistungshöhe und Leistungsdauer“ (für das Sonderklasse-Paket) bzw. im Kapitel 2.3.1. „Allgemeine Regelungen zur Leistungshöhe“ (für das Wahlarzt-Paket).

(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. Im Fall einer Krankenhaus-Aufnahme vor Beendigung des Versicherungsvertrages bleibt der Versicherungsschutz jedoch bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus aufrecht.

(8) Wartezeiten

Es besteht eine *Wartezeit* für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindungen und Fehlgeburten. Diese beträgt 7 Monate und wird ab Versicherungsbeginn gerechnet. Wenn die Schwangerschaft nachweislich nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, entfällt die Wartezeit. Als Nachweis gilt jedenfalls, 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 - Sonderklasse (stationäres Paket)

Nachfolgend finden Sie eine tabellarische Übersicht über den Versicherungsschutz in der Sonderklasse. Art und Umfang Ihres konkreten Versicherungsschutzes ergeben sich aus der Versicherungsurkunde und den gegenständlichen Versicherungsbedingungen.

DECKUNG	SONDERKLASSE
I. VERSICHERUNGSSCHUTZ	
EINBETTZIMMER (sofern verfügbar) / ZWEITBETTZIMMER	✓
NACH UNFÄLLEN*	✓
BEI ALLEN KRANKHEITEN	✓
BEI SCHWANGERSCHAFT UND ENTBINDUNG	✓
AKTIVDELIKTE (ALLGEMEINE GEBÜHRENKLASSE)	✓
II. SELBSTBEHALT	
OPTIONAL	✓
III. KOSTENGARANTIE	
KOSTENGARANTIE ÖSTERREICH	✓
EUROPAGARANTIE	✓
WELTWEITE KOSTENGARANTIE	✓
IV. WEITERE VERSICHERUNGSLEISTUNGEN	
ENTBINDUNGSGELD BEI HAUSENTBINDUNGEN	✓
ERSATZTAGEGELD (wenn die Sonderklasse nicht in Anspruch genommen wird)	✓
ERSATZTAGEGELD (wenn keine Kosten entstehen)	✓
PALLIATIVTAGEGELD	✓
BEGLEITPERSONSKOSTEN	✓
ZUSCHUSS FÜR KUR UND REHABILITATION*	✓
TRANSPORTKOSTEN	✓
BERGUNGSKOSTEN	✓
PAUSCHALE BEI BÖSARTIGEN NEUBILDUNGEN	✓
ÄRZTLICHE ZWEITMEINUNG	✓

*für *Grenzgänger* mit Erwerbstätigkeit von mindestens 8 Wochenstunden beim selben Arbeitgeber gilt: Bei Krankenhausaufenthalten aufgrund eines Unfalls bzw. Unfallfolgebehandlungen besteht nur Versicherungsschutz für die Mehrkosten der Behandlung in der Sonderklasse. Der Zuschuss für Kur und Rehabilitation wird nicht bei Unfall und Unfallfolgebehandlungen erstattet.

2.2.1. Allgemeine Regelungen zur Leistungshöhe und Leistungsdauer

(1) Kostenerstattung im Krankenhaus

Die Hauptleistung des Sonderklasse-Paketes ist die Erstattung der Kosten für die allgemeine Gebührenklasse und der Mehrkosten der Sonderklasse bei stationären oder tagesklinischen Behandlungen.

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

Bei Aufenthalt in einem Krankenhaus werden 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). 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 Kapitel 2.2.2. „Sonderklasse“, Punkt (6) „Tarifliche Leistungen“. Die Höhe der jeweiligen *tariflichen Leistungen* entnehmen Sie bitte Ihrer Versicherungsurkunde.

Die Kostenerstattung nach *tariflichen Leistungen* bildet die Basis des Versicherungsschutzes. Durch den Abschluss von 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 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 Kosten (abzüglich eines etwaig vertraglich vereinbarten Selbstbehaltes) von uns übernommen, sofern Sie bei der Aufnahme im Krankenhaus einen Auftrag zur *Direktverrechnung* erteilt haben. Das Krankenhaus verrechnet die Kosten 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 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 Kapitel 2.2.2. „Sonderklasse“, Punkt (2) „*Kostengarantie* mit *Direktverrechnung* in Österreich“.

c) Widerruf der Kostengarantie mit Direktverrechnung

Die *Kostengarantie* mit *Direktverrechnung* gilt so lange, als mit den Vertragspartnern ein vertragliches Übereinkommen über die Kosten eines Krankenhausaufenthaltes 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 2.7.4. „Wertanpassung“, Punkt (5)
- ii) Wenn der Versicherungsnehmer einen allfällig vereinbarten Selbstbehalt nicht fristgerecht und vollständig bezahlt hat, siehe Kapitel 2.4.1. „Selbstbehalt“, Punkt c)

Der Widerruf der *Kostengarantie* mit *Direktverrechnung* umfasst 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, oder c) eine Kostenerstattung bis zu einem Höchstbetrag.

a) Einmalzahlungen als zusätzliche Geldleistung: Hierzu gehört die Pauschale bei bösartigen Neubildungen.

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, Transportkosten und *Bergungskosten*.

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 Kapitel 2.2.2. „Sonderklasse“, zum Beispiel Punkt (6) „Tarifliche Leistungen“ oder (7) „Weitere Leistungen“. Bitte beachten Sie, dass für die hier beschriebenen Leistungen die Definitionen und

Einschränkungen der Punkte (1) „Was ist versichert?“ bzw. (12) „Was ist nicht versichert?“ des Kapitels 2.2.2. „Sonderklasse“ gelten.

2.2.2. Sonderklasse

(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 für Nichtsozialversicherte – 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*.

Ausnahme für Grenzgänger mit Erwerbstätigkeit von mindestens 8 Wochenstunden beim selben Arbeitgeber (mit Anspruchsberechtigung bei der SUVA oder im Rahmen der OUFL):

Für Krankenhausaufenthalte aufgrund eines Unfalls bzw. Unfallfolgebehandlungen besteht in der allgemeinen Gebührenklasse Versicherungsschutz durch die SUVA (Schweizer Unfallversicherungsanstalt) oder vergleichbare Versicherungsanstalten. In diesen Fällen wird das Ersatztagelohn geleistet. Bei Inanspruchnahme der Sonderklasse werden die Mehrkosten der Sonderklasse übernommen.

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) Aktivdelikte

Für folgende strafrechtlich relevante Sachverhalte besteht Versicherungsschutz in der Allgemeinen Gebührenklasse:

i) für Anhaltung bzw. Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung.

ii) für die Folgen von Selbstmordversuchen.

iii) für Krankheiten und Unfälle einschließlic ihrer Folgen, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt wurden.

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

v) für *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.

Darüber hinaus besteht Versicherungsschutz in der Allgemeinen Gebührenklasse für folgenden Sachverhalt:

vi) für *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen, die durch Kriegsereignisse jeder Art,

einschließlich Neutralitätsverletzung, entstehen.

f) Versicherungsschutz gemäß Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz

Für Personen die „Meine Gesundheitsversicherung für Nichtsozialversicherte“ zur Erlangung eines Aufenthaltstitels nach dem Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz abschließen oder über ein unionsrechtliches Aufenthaltsrecht von mehr als drei Monaten verfügen, wird der Versicherungsschutz auf alle Risiken erweitert.

Das heißt, die in Kapitel 2.1. „Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes“ Punkt (8) definierten Wartezeiten und die in Kapitel 2.2.2. „Sonderklasse“ Punkt (9) A) definierten Einschränkungen des Versicherungsschutzes kommen im Eintrittsfall nicht zur Anwendung.

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.

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 (7) g) bis (7) k).

(2) 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 Kosten für die allgemeine Gebührenklasse und 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 Kosten werden in voller Höhe von uns übernommen (*Kostengarantie mit Direktverrechnung*). 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 (2) 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* für die Sonderklasse gegenstandslos geworden ist.

e) Nach einer Änderung der vereinbarten Kosten für einen Krankenhausaufenthalt erfolgt eine Anpassung der Versicherung gemäß Kapitel 2.7.4. „Wertanpassung“. Lehnt der Versicherungsnehmer die Vertragsänderung ab, so erlischt die *Kostengarantie* für die Sonderklasse 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 für die Sonderklasse zu Stande kommen. Wenn die *Kostengarantie* für die Sonderklasse widerrufen wird, erfolgt die Erstattung von Leistungsfällen, die nach dem Widerruf der *Kostengarantie* eingetreten sind, gemäß Punkt (6) „Tarifliche Leistungen“.

(3) 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 Kosten für die allgemeine Gebührenklasse und die Mehrkosten für die tagesklinische Behandlung in der Sonderklasse in voller Höhe von uns übernommen (*Kostengarantie* mit *Direktverrechnung*), soweit die unter Punkt (3) a) genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(4) 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 einem allgemeinen öffentlichen Krankenhaus werden die *Hauskosten*, Operationskosten und Arzthonorare zur Gänze übernommen. Eine *Direktverrechnung* ist dann möglich, wenn das Krankenhaus 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 (2) „Kostengarantie mit Direktverrechnung in Österreich“ nicht zur Anwendung kommt, besteht keine *Kostengarantie* und keine *Direktverrechnung*.

(5) 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 (4) „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 (6).

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.

(6) Tarifliche Leistungen

Für Versicherungsfälle, die nicht unter die „Kostengarantie mit Direktverrechnung in Österreich“ gemäß Punkt (2), „Europagarantie“ gemäß Punkt (4) bzw. „Weltweite Kostengarantie“ gemäß Punkt (5) 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 die „Leistung im operativen Fall“ bzw. die „Leistung im nicht operativen Fall“, sowie auch die 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 Ihrer 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.

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 allfällige physikalische Behandlungen.

c) Leistung bei Entbindung

Für nicht operative Entbindungen werden die Tageskosten im nicht operativen Fall gemäß Punkt (6) b) erstattet und falls anwendbar zusätzlich die Fallpauschale gemäß Punkt (6) e).

Für operative Entbindungen werden die Tageskosten im operativen Fall gemäß Punkt (6) a) und Operationskosten gemäß Punkt (6) a) erstattet. Falls anwendbar wird zusätzlich die Fallpauschale gemäß Punkt (6) 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.

(7) Weitere Leistungen

a) Ersatztagegeld bei Verzicht auf Sonderklasseleistung

Wenn Sie bei einer Entbindung, stationären oder tagesklinischen *Heilbehandlung* die Sonderklasse nicht in Anspruch nehmen (ausgenommen (7) d) Begleitperson, e) Transportkosten, f) *Bergungskosten*), d.h. Ihren Aufenthalt in der Allgemeinen Gebührenklasse verbringen, erhalten Sie für jeden Aufenthaltstag die Ersatzleistung „Ersatztagegeld bei Verzicht auf Sonderklasseleistung“.

b) Ersatztagegeld, wenn keine Kosten entstehen

Werden die Kosten eines Krankenhausaufenthaltes zur Gänze von einer öffentlichen Unfallversicherungsanstalt (z.B. Schweizer Unfallversicherungsanstalt, *SUVA*) übernommen, erhalten Sie für jeden Aufenthaltstag die Ersatzleistung „Ersatztagegeld, wenn keine Kosten entstehen“.

c) Entbindungsgeld bei Hausentbindungen

Bei Entbindungen in *ambulanten geburtshilflichen Einrichtungen*, bei Entbindungen für die keinerlei Kosten entstehen und bei Entbindungen daheim wird anstelle aller anderen Leistungen (wie z.B. Hebammenhonorare) das Entbindungsgeld geleistet. Das Ersatztagegeld kann nicht zusätzlich zum Entbindungsgeld bezogen werden.

d) Begleitperson

Bei einem Krankenhausaufenthalt einer versicherten Person bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres werden die vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Kosten für eine Begleitperson im Krankenhaus 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.

e) Transportkosten

Transportkosten werden erstattet bei einem *medizinisch notwendigen* Transport zu einer stationären *Heilbehandlung* in einer Krankenanstalt sowie für den Transport an den ständigen Wohnsitz, für Transporte wegen Entbindung und für Transporte im Rahmen einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus. Resultiert aus einem medizinisch notwendigen Transport keine stationäre Heilbehandlung in einer Krankenanstalt, werden die Transportkosten dann übernommen, wenn es sich um einen Notfall unter Einbindung eines Arztes (auch Erstversorgung eines niedergelassenen Arztes) handelt. Die Höhe der Erstattung hängt vom verwendeten Transportmittel (ohne oder mit Helikopter) ab und kann aus der Versicherungsurkunde entnommen werden. Wenn ein Anspruch gegenüber Dritten besteht (z.B. gegenüber einem gesetzlichen oder privaten Versicherungsträger (z.B. SUVA)), wird die Höhe dieses Anspruchs von der Erstattungssumme abgezogen.

f) Bergungskosten

Bergungskosten werden erstattet, wenn ein *Versicherungsfall* gemäß Punkt (1) „Was ist versichert?“ eingetreten ist. Die Höhe der Erstattung hängt vom verwendeten Transportmittel (ohne oder mit Helikopter) ab und kann aus der Versicherungsurkunde entnommen werden. Wenn ein Anspruch gegenüber Dritten besteht (z.B. gegenüber einem gesetzlichen oder privaten Versicherungsträger (z.B. SUVA)), wird die Höhe dieses Anspruchs von der Erstattungssumme abgezogen.

g) Zuschuss für Kur und Rehabilitation

Kur und Leistung für *Rehabilitation* werden erbracht, wenn die Allianz nach Vorlage medizinischer Unterlagen der versicherten Person einen Aufenthalt in einem Kur-, Erholungsheim oder Rehabilitationszentrum bzw. einen Zuschuss bewilligt. Eine Bewilligung von Rehabilitationsbehandlungen erfolgt insbesondere, wenn in vergleichbaren medizinischen Fällen von der Österreichischen Gesundheitskasse Rehabilitationsbehandlungen bewilligt werden. Für einen Aufenthalt im Rehabilitationszentrum beträgt die maximale Leistungsdauer 60 Tage, in allen anderen Fällen 30 Tage.

Für *Grenzgänger* mit Erwerbstätigkeit von mindestens 8 Wochenstunden beim selben Arbeitgeber gilt zusätzlich:

Der Zuschuss für *Kur* und *Rehabilitation* wird nicht bei Unfall und Unfallfolgebehandlungen erstattet.

h) Palliativtagegeld

Bei einem stationären Aufenthalt in einer *Palliativstation* oder einem Hospiz wird für jeden Aufenthaltstag das Palliativtagegeld als zusätzliche Geldleistung 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.

i) 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.

j) Ärztliche Zweitmeinung (second opinion)

Wird der versicherten Person nachweislich eine Operation durch einen Arzt, eine Ärztin (ErstbehandlerIn) empfohlen, die eine *medizinisch notwendige Heilbehandlung* darstellt, wird auf

Wunsch Kostenersatz für eine ärztliche Zweitmeinung (second opinion) bei einer/einem anderen, frei wählbaren niedergelassenen Facharzt/Fachärztin übernommen. Die Leistung wird einmal pro Anlassfall erbracht.

(8) Sonderbestimmung für die Versicherung von neugeborenen Kindern

Bei neugeborenen Kindern, für die eine Anspruchsberechtigung gegenüber einem gesetzlichen Sozialversicherungsträger nicht besteht und auch nicht begründet werden kann, verzichtet die Allianz in „Meine Gesundheitsversicherung für Nichtsozialversicherte“ unter folgenden Voraussetzungen auf das Recht der Ablehnung bzw. auf einen Leistungsausschluss:

a) die Mitversicherung des Kindes muss innerhalb von zwei Monaten nach der Geburt mit Wirkung ab dem 1. des Geburtsmonates beantragt werden;

b) bedeutet das Kind ein erhöhtes Risiko, so kann die Allianz einen angemessenen Prämienzuschlag verlangen.

(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).

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

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

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

c) die vornehmlich für Maßnahmen der Prävention eingerichtet sind.

d) die Langzeitversorgung von chronisch Kranken.

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

f) 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 (B) genannten Ausschlüsse gelten nicht bei medizinischer Erforderlichkeit, für Notfälle oder akut notwendige Behandlungen. In diesen besonderen Situationen ist das Aufsuchen einer unter Punkt (B) angeführten Krankenanstalt zulässig und steht unter Versicherungsschutz.

(C) Es besteht für nachstehende Aufenthalte kein Anspruch auf Ersatztagegeld:

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.

(D) Es besteht für nachstehende Aufenthalte kein Anspruch auf Erstattung der Mehrkosten in der Sonderklasse:

a) für alle in Kapitel 2.2.2. Sonderklasse unter Punkt (1) e) Aktivdelikte aufgezählten Sachverhalte.

(E) 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 Pfleglingen 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 – Wahlarzt (ambulantes Paket)

Nachfolgend finden Sie eine tabellarische Übersicht über den Versicherungsschutz im niedergelassenen Bereich (Wahlarzt). Art und Umfang Ihres konkreten Versicherungsschutzes ergeben sich aus der Versicherungsurkunde und den gegenständlichen Versicherungsbedingungen.

DECKUNG	WAHLARZT
I. AMBULANTE LEISTUNGEN	
ARZT- UND FACHARZTKOSTEN	✓
MEIN DIGITAL-DOC	✓
ARZNEIMITTEL	✓
MEDIZINISCHE HEILBEHELFE UND HILFSMITTEL	✓
SEHBEHELFE UND REFRAKTIVE AUGENOPERATIONEN	✓
PHYSIOTHERAPIE, ERGOTHERAPIE, LOGOPÄDIE, PODOLOGIE, NICHTÄRZTLICHE GANZHEITSMEDIZIN (Alternativmedizin)	✓
PSYCHOTHERAPEUTISCHE HEILBEHANDLUNG UND PSYCHOLOGISCHE DIAGNOSTIK UND THERAPIE	✓
II. AMBULANTE VORSORGE	
ÄRZTLICHE KONTROLLUNTERSUCHUNGEN	✓
VORSORGEUNTERSUCHUNGEN (erweiterte Gesundenuntersuchung)	✓
MEINE MENTALKRAFT – PSYCHOLOGISCHE ONLINE-BERATUNG	✓
ERGÄNZENDE SCHWANGERSCHAFTSVORSORGE UND BEGLEITUNG – BERATUNG UND BETREUUNG DURCH EINE HEBAMME – SCHWANGERSCHAFTSGYMNASTIK, SCHWANGERSCHAFTSYOGA – RÜCKBILDUNGSGYMNASTIK	✓
IMPFUNGEN UND REISEIMPFUNGEN	✓
III. AMBULANTE GESUNDHEITSFÖRDERUNG	
– MASSNAHMEN ZUR RAUCHERENTWÖHNUNG – MASSNAHMEN ZUR ÄRZTLICH EMPFOHLENE GEWICHTSREDUKTION INKL. ERNÄHRUNGSBERATUNG – ERNÄHRUNGSBERATUNG BEI NAHRUNGSMITTELUNVERTRÄGLICHKEIT – ÄRZTLICHER FITNESS-CHECK (Sportuntersuchung)	✓
IV. ZAHN- UND KIEFERGESUNDHEIT	
DIE KOSTEN FÜR NACHFOLGENDE BEHANDLUNGEN WERDEN ERSTATTET, SOFERN SIE DURCH EINEN FACHARZT FÜR ZAHN-, MUND- UND KIEFERHEILKUNDE ODER FACHARZT FÜR MUND-, KIEFER- UND GESICHTSCHIRURGIE DURCHGEFÜHRT WERDEN: – ZAHNÄRZTLICHE KONTROLLUNTERSUCHUNGEN INKL. BILDGEBUNG – BEHANDLUNGEN VON MUND- UND KIEFERKRANKHEITEN – KIEFERCHIRURGIE UND KIEFERORTHOPÄDIE INKL. ANÄSTHESIE (AUSGENOMMEN KIEFERREGULIERUNG) – ZAHNCHIRURGIE INKL. ANÄSTHESIE (AUSGENOMMEN ZAHNREGULIERUNG)	✓
– ZAHNBEHANDLUNG – ZAHNERSATZ	✓
MUNDHYGIENE	✓
ZAHNREGULIERUNG	✓
OPTIONALE BAUSTEINE	
MEINE ENERGIELADUNG	✓
MEINE REISE-ASSISTANCE	✓

2.3.1. Allgemeine Regelungen zur Leistungshöhe

(1) Limits

a) Die Versicherungsleistungen werden anhand des Behandlungsdatums einem Kalenderjahr zugeordnet.

b) Die Kostenerstattung für alle Leistungspositionen beträgt 100% des Rechnungsbetrages. Für die unter der Leistungsposition (5) Arzt- und Facharztkosten definierten Leistungen besteht ab einem Rechnungsbetrag von 300 Euro die Möglichkeit einer Direktverrechnung mit dem leistungserbringenden Gesundheitsdienstleister.

c) Für bestimmte Leistungspositionen gibt es Limits. Die Höhe dieser jährlichen Limits entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde. Ist das Limit für eine 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 Limits).

(2) Leistungsposition psychologische Onlineberatung

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

2.3.2. Wahlarzt

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 für Nichtsozialversicherte – Einfach erklärt“.

(2) Unter Versicherungsschutz stehen Leistungen für medizinisch notwendige *ambulante Heilbehandlungen* wegen Krankheit, *Unfall* oder Schwangerschaft inklusive der im Rahmen der Heilbehandlung erforderlichen *Arzneimittel*, medizinischen Heilbehelfe und Hilfsmittel. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf Leistungen für Gesundheitsförderung, 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 (16).

(3) Aktivdelikte

Für folgende strafrechtlich relevante Sachverhalte besteht Versicherungsschutz:

i) für Anhaltung bzw. Unterbringung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung.

ii) für die Folgen von Selbstmordversuchen.

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

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

v) für *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.

Darüber hinaus besteht Versicherungsschutz für folgenden Sachverhalt:

vi) für *Krankheiten* und *Unfälle* sowie deren Folgen, die durch Kriegseignisse jeder Art, einschließlich Neutralitätsverletzung, entstehen.

(4) Versicherungsschutz gemäß Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz

Für Personen die „Meine Gesundheitsversicherung für Nichtsozialversicherte“ zur Erlangung eines Aufenthaltstitels nach dem Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz abschließen oder über ein unionsrechtliches Aufenthaltsrecht von mehr als drei Monaten verfügen, wird der Versicherungsschutz auf alle Risiken erweitert.

Das heißt, die in Kapitel 2.1. „Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes“ Punkt (8) definierten Wartezeiten und die in Kapitel 2.3.2. „Wahlarzt“ unter „Was ist nicht versichert?“ Punkt (1) und Punkt (3) a) - b) definierten Einschränkungen des Versicherungsschutzes kommen im Eintrittsfall nicht zur Anwendung.

In den Punkten (5) – (16) sind die im Rahmen dieses Paketes versicherten Leistungen beschrieben.

(5) Arzt- und Facharztkosten (inkl. Ganzheitsmedizin/Alternativmedizin)

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

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 (16)).

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 / eine Ärztin.

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 (10)). Zu den Operationskosten zählen insbesondere die Honorare des Operateurs bzw. der Operateurin, der Anästhesistin bzw. des Anästhesisten, der bei der Operation assistierenden Ärzte und Ärztinnen 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 Arzt / einer Ärztin übernommen.

(6) 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, welcher allein für die Qualität der erbrachten Dienstleistung verantwortlich ist. Von uns werden lediglich die Kosten für die Inanspruchnahme dieses Dienstes übernommen.

(7) 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.

(8) Arzneimittel

Die Kosten der im Rahmen einer *Heilbehandlung* ärztlich verordneten, 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 *Heilbehandlung* im Ausland gelten hinsichtlich der Registrierung die jeweiligen örtlichen Vorschriften.

(9) 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 (10) geregelt.

(10) 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.

(11) Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Podologie, nichtärztliche Ganzheitsmedizin (Alternativmedizin)

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 nichtärztliche *Ganzheitsmedizin* (Alternativmedizin) (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.

(12) 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 oder einer Ärztin vorgenommen werden oder auf ärztliche Verordnung durch Personen erfolgt, die zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind.

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

(13) 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.

(14) 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.

(15) 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, Nikotinnasenspray, Nikotinluts- und Nikotinsublingualtabletten sowie Nikotin-Inhaler), die im Rahmen der Therapie verwendet werden. Die Kosten für elektronische Zigaretten (E-Zigaretten, 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.

(16) Zahn- & Kiefergesundheit

Für die nachfolgenden unter Punkt (A) angeführten Leistungen werden 100% der Kosten unlimitiert und für die unter Punkt (B), (C) und (D) angeführten Leistungen bis zum jeweiligen Jahreslimit für Zahn- und Kiefergesundheit bzw. Unterlimit (für Mundhygiene und Zahnregulierung) erstattet. Das Jahreslimit bzw. die Unterlimes für Zahn- und Kiefergesundheit, Mundhygiene und Zahnregulierung sind der Versicherungsurkunde zu entnehmen.

Die Kosten für die nachfolgenden unter Punkt (A), (B) und (D) 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) Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten, wie zum Beispiel Parodontitis, Stomatitis, Gingivitis, Periostitis und Kiefereiterungen.
- b) 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, Kieferkammkorrektur sowie Taschenabtragung
- c) zahnärztliche *Kontrolluntersuchungen* inkl. Bildgebung

(B) Leistungen für Zahnbehandlung und Zahnersatz

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.

(C) Mundhygiene

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

(D) Zahnregulierung (Zahnspangen)

Bei Zahnfehlstellungen ab *IOTN*-Stufe 3 werden sowohl die Behandlungskosten (Arzthonorare), als auch die Zahnspangen 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 Zahnspangen 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 *Unfall*folgen dienen. Ausgenommen hiervon sind medizinisch notwendige Behandlungen, die der Beseitigung von *Unfall*folgen dienen (z.B. Narbenkorrekturen).

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).

(2) 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.

(3) In Abgrenzung zu den in Punkt (16) „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. 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) Der Selbstbehalt wird nicht verrechnet bei:

- i) bei stationären Aufenthalten in der allgemeinen Gebührenklasse
- ii) *Unfallheilbehandlungen* und deren Folgebehandlungen, die innerhalb von 5 Jahren nach dem ursprünglichen *Unfall* stattfinden
- iii) bei tagesklinischen Behandlungen und Aufenthalten
- iv) den Leistungspositionen Ersatztagegeld, Entbindungsgeld, Zuschuss für *Kur* und *Rehabilitation*, Pauschale bei bösartigen Neubildungen, Palliativtagegeld, ärztliche Zweitmeinung (second opinion)
- v) Transportkosten und *Bergungskosten*
- vi) Begleitpersonskosten, wenn für den Aufenthalt des Kindes ausschließlich Ersatztagegeld geleistet wurde

c) 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 Versicherungsvertrag 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.

2.4.2. Meine Energieladung

(1) Voraussetzungen für Abschluss und Bestehen

a) Der Zusatzbaustein „Meine Energieladung“ kann ergänzend zu „Meine Gesundheitsversicherung für Nichtsozialversicherte“ (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 „Meine Gesundheitsversicherung

für Nichtsozialversicherte“ (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 *Unfall*folgen 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 Auslandseise 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, Reiseapothecken 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 Versicherungsnehmers

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 Zahlungsweise zu vereinbaren. Die vereinbarte Zahlungsweise finden Sie in der Versicherungsurkunde. Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie ist binnen 14 Tagen nach Aushändigung der Versicherungsurkunde 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 Prämienerrhöhung in Schriftform zu kündigen.

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

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

e) Gebühren

Bestimmte Leistungen sind von der Versicherungsprämie nicht umfasst. Für diese durch den Versicherungsnehmer verursachten 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 Überweisungsspesen 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 schuldhaft (grob fahrlässig oder vorsätzlich) ganz oder teilweise im Verzug, so ist die Allianz von der Verpflichtung zur Leistung frei.

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 schuldhaft (grob fahrlässig oder vorsätzlich) 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 (grob 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.

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 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) 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. Anspruchsberechtigung bzw. Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung

(1) Entsteht ein Anspruch auf Versicherungsschutz bzw. erfolgt eine Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, dies der Allianz innerhalb von vier Wochen in geschriebener Form mitzuteilen.

(2) Die Allianz verpflichtet sich zum Ende des Monats, in welchem die Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung nachgewiesen wird, hinsichtlich der betroffenen Person ein gleichartiges Paket für Sozialversicherte anzubieten.

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 (grob fahrlässig oder vorsätzlich) 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 einer schuldhaften (grob fahrlässigen oder vorsätzlichen) 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 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* (Polizzennummer) 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 Versicherungsverhältnis wissen?

2.7.1. Ruhen des Versicherungsschutzes

- (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. Die Tarifprämie ist nicht rückerstattbar. 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. Die Risikoprüfung entfällt, wenn die Aufnahme einer neuerlichen Grenzgängerbeschäftigung nachgewiesen wird.

2.7.2. Beendigung des Versicherungsvertrages

(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 in den bestehenden Versicherungsvertrag verzichtet der Versicherungsnehmer ab Wirksamkeit des Einschlusses hinsichtlich dieser Personen wiederum für die Dauer von 2 Jahren auf sein Kündigungsrecht.

b) Das *Versicherungsjahr* richtet sich nach dem in der Versicherungsurkunde 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.

(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.

2.7.3. Erfüllungsort 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.

2.7.4. 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 Kostenersätzen 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.

Für Personen die „Meine Gesundheitsversicherung für Nichtsozialversicherte“ zur Erlangung eines Aufenthaltstitels nach dem Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz abschließen oder über ein unionsrechtliches Aufenthaltsrecht von mehr als drei Monaten verfügen gilt:

Bei Änderungen des Versicherungsschutzes wird der Leistungsumfang bzw. werden die Leistungsbeträge der gesetzlichen Krankenversicherung nicht unterschritten.

(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 das Paket 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“.

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 das Paket 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 bekanntgegebene 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 Meine Energieladung und Meine Reise-Assistance

(10) 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.

(11) 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

Ambulante geburtshilfliche Einrichtung

Ambulante Geburt bedeutet im gegenständlichen Fall, dass Sie in der Geburtsabteilung eines Krankenhauses ambulant entbinden (ambulante geburtshilfliche Einrichtung), diese jedoch mit ihrem Kind bereits nach einigen Stunden wieder verlassen können.

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, Heilmasseure, 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 Kosten für die Allgemeine Gebührenklasse und 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.

Grenzgänger

Als Grenzgänger bezeichnen wir im gegenständlichen Fall Personen, die ihren Wohnort in Österreich haben, ihren Arbeitsplatz jedoch in der Schweiz oder im Liechtenstein und täglich oder zumindest einmal wöchentlich zwischen Wohnort und Arbeitsplatz pendeln.

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 (Pflegegebühren) 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.

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 Kosten in der Allgemeinen Gebührenklasse und die 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.

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.

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.

Nichtsozialversicherte (NSV)

Personen, die nicht von einer Pflichtversicherung einer gesetzlichen Krankenversicherung erfasst sind, bezeichnen wir als Nichtsozialversicherte. Diese Personengruppe hat die Möglichkeit im Rahmen einer freiwilligen *Selbstversicherung* Versicherungsschutz zu erhalten.

Niederlassungsbewilligung

Der Aufenthaltstitel "Niederlassungsbewilligung" berechtigt zur befristeten Niederlassung und zur Ausübung einer selbstständigen Erwerbstätigkeit. Die Voraussetzungen, Fristen und erforderlichen Unterlagen für die Ausstellung einer Niederlassungsbewilligung sind auf der Internetseite des Bundesministerium für Inneres (<https://www.bmi.gv.at>) zu finden.

Nummer der Versicherungsurkunde / Polizzenummer

Die Nummer der Versicherungsurkunde (Polizzenummer) finden Sie auf der ersten Seite der Versicherungsurkunde. Sie hat das folgende Format: A40XXXXXXX.

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

Selbstversicherung

Für Personen, die nicht von einer Pflichtversicherung erfasst sind gibt es die Möglichkeit einer freiwilligen Selbstversicherung in einer Krankenversicherung, so z.B. Selbstversicherte nach dem ASVG bzw. Weiterversicherte nach dem GSVG und BSVG.

SUVA

(1) (Österreichische) Grenzgänger, die in der Schweiz arbeiten, haben wie alle inländischen Arbeitnehmer in der Schweiz einen gesetzlichen Unfallversicherungsschutz (UVG) über die SUVA (schweizerische Unfallversicherungsanstalt).

(2) Die Unfallversicherung über die SUVA umfasst Berufsunfälle und Berufskrankheiten. Wer mindestens 8 Wochenstunden beim selben Arbeitgeber arbeitet, ist auch gegen Nichtberufsunfälle versichert.

(3) (Österreichische) Grenzgänger, die in Liechtenstein arbeiten, sind ebenfalls gegen Berufsunfälle, Berufskrankheiten sowie Nichtberufsunfälle (sofern die wöchentliche Arbeitszeit beim Arbeitgeber mehr als 8 Stunden beträgt) versichert. Der Versicherungsschutz wird anders wie in der Schweiz nicht von der SUVA, sondern im Rahmen der obligatorischen Unfallversicherung (OUFL) von privaten Versicherungsunternehmen bereitgestellt (siehe auch *vergleichbare Versicherungsanstalten*).

(4) Da Sie als Grenzgänger in der Schweiz und Liechtenstein bereits über einen Unfallversicherungsschutz/Versicherungsschutz gegen Unfälle und Berufskrankheiten verfügen, sind diese Leistungen nicht im Versicherungsschutz von „Meine Gesundheitsversicherung für Nichtsozialversicherte“ enthalten/inkludiert.

Tarifliche Leistungen

Wenn für Ihre stationäre Heilbehandlung 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 die Leistung bei Entbindung, 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.

Vergleichbare Versicherungsanstalten

(1) Österreichische *Grenzgänger*, die in Liechtenstein arbeiten sind gegen Berufsunfälle, Berufskrankheiten sowie Nichtberufsunfälle (sofern die wöchentliche Arbeitszeit beim Arbeitgeber mehr als 8 Stunden beträgt) versichert. Die Unfallversicherung wird von den im „Register der in Liechtenstein für die Durchführung der obligatorischen Unfallversicherung (OUFL) zugelassenen Versicherer“ beim Amt für Gesundheit eingetragenen Versicherern durchgeführt (siehe www.ag.llv.li). Sie können den Versicherungsträger für die Unfallversicherung unter den zugelassenen Versicherungsunternehmen frei wählen.

(2) Da Sie als *Grenzgänger* in der Schweiz und Liechtenstein bereits über einen Unfallversicherungsschutz/Versicherungsschutz gegen Unfälle und Berufskrankheiten verfügen, sind diese Leistungen nicht im Versicherungsschutz von „Meine Gesundheitsversicherung für Nichtsozialversicherte“ enthalten/inkludiert.

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 Kosten der Allgemeinen Gebührenklasse, sowie 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 „Meine Gesundheitsversicherung für Nichtsozialversicherte“ ist eine Wartezeit von 7 Monaten für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung und Fehlgeburt 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 im Sonderklasse-Paket 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 Krankenhausaufenthalt (Was gibt es bei der Krankenhauswahl zu beachten? Was sollten Sie vor und nach Ihrem Krankenhausaufenthalt 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 *Vertragskrankenhaus* behandeln lassen und bei der Aufnahme im Krankenhaus einen Auftrag zur *Direktverrechnung* erteilt haben, wird das Krankenhaus die Kosten für die allgemeine Gebührenklasse und die Mehrkosten 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 den Krankenhausaufenthalt. Diese Art der Abrechnung nennen wir *Kostengarantie* mit *Direktverrechnung*. 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 Aufenthaltes in Rechnung stellen. Sollten Sie dennoch eine Rechnung vom Krankenhaus erhalten, bezahlen Sie diese bitte vorerst 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.

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). Nähere Informationen finden Sie im Punkt (7) „Tarifliche Leistungen“ im Kapitel 2.2.2. „Sonderklasse“. 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 alle dazugehörigen medizinischen Unterlagen (Befunde, OP-Berichte etc.) bei der Allianz zur Erstattung ein. Bitte machen Sie sich von allen Unterlagen ausreichend Kopien.

3) Bitte senden Sie die Unterlagen gesammelt und mit Angabe der *Nummer der Versicherungsurkunde* (Polizzennummer) an unseren Kundenservice, entweder per Mail unter gesundheitsversicherung@allianz.at oder per Post an Allianz Elementar Versicherungs-AG, Postfach 2000, 1130 Wien.

3) 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 oder die Ärztin Ihres Vertrauens ein geeignetes Krankenhaus oder Sie informieren sich selbst über das Angebot an in Frage kommenden Krankenhäusern.

4) Was steht unter Versicherungsschutz?

Bitte überprüfen Sie rechtzeitig vor einem geplanten Krankenhausaufenthalt, was die private Gesundheitsversicherung bei der Allianz beinhaltet:

- Bitte vergewissern Sie sich im Vorfeld, welche Sachverhalte nicht unter Versicherungsschutz stehen (siehe im jeweiligen Kapitel Punkt „Was ist nicht versichert?“).
- Haben Sie einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt? Wenn ja, in welcher Höhe? Wann und unter welchen Umständen kommt der Selbstbehalt zum Tragen?
- Sie haben grundsätzlich Anspruch auf ein Einbettzimmer. Klären Sie bitte zeitgerecht vor Ihrem Aufenthalt ab, wie Sie im Krankenhaus untergebracht werden wollen und ob das Krankenhaus Ihrer Wahl ein Einbettzimmer zur Verfügung hat.
- Ist Ihr gewähltes Paket aufrecht (d.h. zum Beispiel nicht storniert oder ruhend gestellt) und sind alle Prämien bezahlt?

Informationen zu Ihrem konkreten Versicherungsschutz entnehmen Sie bitte der Versicherungsurkunde bzw. dem Abschnitt 2 „Produktbeschreibung-Versicherungsbedingungen“ des vorliegenden Dokuments „Meine Gesundheitsversicherung für Nichtsozialversicherte – 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.

5) Was müssen Sie beachten, wenn Sie Ihr Paket mit Selbstbehalt versichert haben?

Wenn Sie den Zusatzbaustein „Selbstbehalt“ abgeschlossen haben, wird Ihnen ein Selbstbehalt zur Anrechnung gebracht (ausgenommen sind die Sachverhalte, die im Kapitel 2.4.1. „Selbstbehalt“ unter b) aufgelistet sind). Die Höhe des Selbstbehalts 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 Kosten für die allgemeine Gebührenklasse und die Mehrkosten 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.

6) 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 (7) „Weitere Leistungen“ im Kapitel 2.2.2. „Sonderklasse“ durch. 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. Ersatztagegeld 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 Hausentbindungen

Bei Entbindungen in ambulanten geburtshilflichen Einrichtungen oder bei Entbindungen daheim benötigen wir die Geburtsurkunde des Kindes.

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 eines Zuschusses für *Kur* und *Rehabilitation* benötigen wir 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 Unfallversicherung), 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 Unfallversicherung), 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 Aufenthalts die Kosten einer Begleitperson direkt mit dem Krankenhaus verrechnet, das bedeutet: Sie müssen sich nicht selbst um die Kostenverrechnung kümmern.

Bei Aufhalten in einem Krankenhaus, das nicht zu unseren *Vertragskrankenhäusern* gehört bzw. wenn Sie dem Krankenhaus keinen Auftrag zur *Direktverrechnung* erteilt haben, 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.

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. Einreichen bei der Allianz

Bitte senden Sie uns alle zur jeweiligen Behandlung zugehörigen Dokumente zu (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 direkt in der App.

Der Leistungsfall wird automatisch angelegt und kann umgehend von uns bearbeitet werden.

E-Mail

Sie können die Rechnungen und zugehörigen Dokumente auch an gesundheitsversicherung@allianz.at senden.

Post

Sie können die Rechnungen und zugehörigen Dokumente auch an folgende Adresse senden:

**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 für Nichtsozialversicherte – einfach erklärt“.

Fragen zum Versicherungsvertrag

1) Wer kann eine Allianz Gesundheitsversicherung für Nichtsozialversicherte abschließen?

„Meine Gesundheitsversicherung für Nichtsozialversicherte“ kann nur von Personen abgeschlossen werden, die in Österreich ihren Hauptwohnsitz haben und in keiner gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert sind.

2) Was sind Prämienzuschläge?

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*, ist es meist nicht möglich, eine Versicherung ohne Einschränkungen anzubieten. Wir behalten uns in diesen Fällen vor, einen Prämienzuschlag zu vereinbaren.

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 vereinbaren oder vom Versicherungsvertrag zurücktreten.

4) Gibt es Wartezeiten in meiner Gesundheitsversicherung?

In „Meine Gesundheitsversicherung für Nichtsozialversicherte“ gilt eine *Wartezeit* von 7 Monaten für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindungen und Fehlgeburten.

5) Warum muss ich die Allianz über die Verlegung meines Wohnsitzes ins Ausland informieren?

Wenn Sie Ihren Wohnsitz ins Ausland verlegen, kann das zu einer Versicherungspflicht in einer der dort zuständigen/ansässigen Krankenkassen führen. Mit der Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland endet daher der Versicherungsschutz für „Meine Gesundheitsversicherung für Nichtsozialversicherte“. Bitte informieren Sie uns daher umgehend über einen Wechsel ihres Wohnsitzes.

6) Warum muss ich als Grenzgänger die Allianz informieren, wenn ich (wieder) eine Tätigkeit in Österreich aufnehme?

Wenn Sie nicht mehr in der Schweiz oder Lichtenstein arbeiten und stattdessen eine Tätigkeit in Österreich aufnehmen, endet der Versicherungsschutz für „Meine Gesundheitsversicherung für Nichtsozialversicherte“. Bitte informieren Sie uns daher umgehend, wenn Sie kein *Grenzgänger* mehr sind.

7) Was passiert mit meinem Versicherungsschutz, wenn ich arbeitslos werde?

Ist es absehbar, dass Sie die Grenzgängertätigkeit nur vorübergehend unterbrechen, kann die Allianz gegen einen Ruhensbeitrag ruhend gestellt werden. Details finden Sie in Kapitel 2.7.1. „Ruhens des Versicherungsvertrages“.

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

Bei neugeborenen Kindern, die keine Möglichkeit haben im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung versichert zu werden, gibt es die Möglichkeit unter bestimmten Voraussetzungen das Paket „Meine Gesundheitsversicherung für Nichtsozialversicherte“ abzuschließen. Details finden Sie in Kapitel 2.2.2. „Sonderklasse“ Punkt (8) Sonderbestimmung für die Versicherung von neugeborenen Kindern.

9) 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.

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

11) Ich bin Grenzgänger. An wen wende ich mich zwecks Ausfüllung des Antrages zur Befreiung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung?

Bitte senden Sie uns das Dokument auf gesundheitsversicherung@allianz.at unter Angabe Ihrer Polizzennummer zu. Das Dokument kann dann umgehend von uns bearbeitet werden.

Fragen zum Versicherungsschutz

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

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus Kapitel 2. „Produktbeschreibung – Versicherungsbedingungen“. Bitte lesen Sie sorgfältig insbesondere den Punkt „Was ist versichert?“ sowie „Was ist nicht versichert?“ in den Kapiteln 2.2. „Deckungsumfang Sonderklasse“ und 2.3. „Deckungsumfang – Wahlarzt“ durch.

2) Bin ich auch im Ausland versichert?

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

3) Habe ich bei allen Krankenhausaufenthalten Anspruch auf ein Einbettzimmer?

Das Einbettzimmer ist für Krankenhausaufenthalte in österreichischen Vertragskrankenhäusern in Ihrem Sonderklasse-Paket versichert, die Verfügbarkeit eines Einbettzimmers im Krankenhaus vorausgesetzt.

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 Reiseland 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 **Symptomcheck** 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) 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 *Vertragskrankenhaus* behandeln lassen und bei der Aufnahme im Krankenhaus einen Auftrag zur *Direktverrechnung* erteilt haben, wird das Krankenhaus die Kosten für die allgemeine Gebührenklasse und die Mehrkosten der Sonderklasse direkt mit uns abrechnen, ohne dass Sie in Vorleistung treten müssen (*Kostengarantie mit Direktverrechnung*). Haben Sie den Zusatzbaustein „Selbstbehalt“ ausgewählt, kommt in definierten 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 Selbstbezalts). Nähere Informationen zu den *tariflichen Leistungen* entnehmen Sie bitte dem Punkt (6) „Tarifliche Leistungen“ im Kapitel 2.2.2. „Sonderklasse“.

Neben der Kostenerstattung für die stationäre *Heilbehandlung* in einem Krankenhaus haben Sie ggf. Anspruch auf zusätzliche Leistungen wie zum Beispiel Ersatztaggeld, 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 Kapitel 2.2.2. „Sonderklasse“ Punkt (8) „Weitere Leistungen“ 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 Versicherungsurkunde* (Polizzennummer) 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 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) 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 Ihrem Wahlarzt Paket digital eingereicht werden – direkt, unkompliziert und schnell!

Zu Beginn müssen die wichtigsten Rechnungsdetails erfasst werden, anschließend wird die Rechnung 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* (Polizzennummer) 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 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 ganzheitsmedizinische Behandlungsmethoden

Akupressur
Akupunktur
Akupunkturmassage nach Penzel
Atemmuskeltraining
Atemtherapie
Balneotherapie
Bindegewebemassage
Biofeedback
Bioresonanztherapie
Bobath-Konzept
Chinesische Puls- und Zungendiagnostik
Chirotherapie
Craniosacraltherapie
Elektroakupunktur
Elektrotherapie
Extensionsbehandlung
Forced-Use-Therapie
Fußpressurmassage
Fußreflexzonenmassage
Heilgymnastik
Heilmassage, medizinische
Hydrotherapie
Kernspin Resonanz Therapie (MBST) und Pulsierende Signaltherapie (PST)
Kinesiologie, Kinesiologisches Taping
Klimakammertherapie, Hypobare Therapie
Krankengymnastik
Kryotherapie
Laserakupunktur
Lee Silverman Voice Treatment (LSVT)
Lymphdrainage
Massage
Maitland-Therapie
Manuelle Therapie
McKenzie Methode - Mechanische Diagnose und Therapie (MTD)
Mototherapie
Moxa-Therapie
Musiktherapie
Myoreflextherapie
Neuraltherapie
Orthobionomie
Osteopathie und Orthopathie

Ozontherapie
Peloidtherapie
Physiotherapie, klassische
Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation (PNF)
Reittherapie (Hippotherapie)
Reizstromtherapie, Elektromedizin, Elektrotherapie
Rolfing
Schröpftherapie
Schroth Therapie bzw. Dreidimensionale Skoliosebehandlung nach Schroth
Segmenttherapie
Shiatsu
Spiraldynamik – Fußschule
Subkutane Reflextherapie
Traditionelle Chinesische Medizin
Tuina-Massage
Unterwassergymnastik
Vojta Therapie
Wirbelsäulenthherapie nach Dorn und Breuss

Anhang 2 – Europaliste

Für die in der Europaliste angeführten Staaten gilt für die Sonderklasse die „Europagarantie“, das bedeutet, bei einem Aufenthalt in der Sonderklasse eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses 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

Liste der Vertragskrankenhäuser

Stand vom Oktober 2020

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 in der Liste 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 – Donaustadt)
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)
vorgenehmungspflichtig: Station für Psychosomatik bei Säuglingen, 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, Landesklinikum
Baden, Landesklinikum
Baden, Medicent
Gmünd, Landesklinikum
Hainburg, Landesklinikum
Hohegg, Landesklinikum
 ausgenommen: Rehabilitations- sowie Heilstättenfälle
Hollabrunn, Landesklinikum
Horn, Landesklinikum
Klosterneuburg, Landesklinikum
Korneuburg, Landesklinikum
Krems, Universitätsklinikum
Lilienfeld, Landesklinikum
Mauer, Landesklinikum
Melk, Landesklinikum
Mistelbach-Gänserndorf, Landesklinikum
Mödling, Landesklinikum
Neunkirchen, Landesklinikum
Scheibbs, Landesklinikum
St. Pölten, Universitätsklinikum
Stockerau, Landesklinikum
Tulln, Universitätsklinikum
Waidhofen/Thaya, Landesklinikum
Waidhofen/Ybbs, Landesklinikum
Wr. Neustadt, Landesklinikum
Zwettl, Landesklinikum

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 - Geriatriische Gesundheitszentren der Stadt Graz
Graz, Landeskrankenhaus – Universitätsklinikum
Graz, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder - Standorte Graz-Marschallgasse 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 Kreuzschwestern
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
Laßnitzhöhe, Schwarzl Klinik
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
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 Barmherzigen Brüder
Salzburg, Christian-Doppler-Klinik - Universitätsklinikum Salzburg
Salzburg, Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität
Salzburg, Medicent
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. des jeweiligen Jahres und kann unter Einhaltung einer Frist von drei Wochen frühestens mit Wirkung ab 01.04. des jeweiligen Jahres 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.**