

Versicherungsbedingungen VB 2006

für die Krankenkostenversicherung MUK FAMILY PLUS - Wertgesicherter Tarif (mit Anpassungsklausel)

Abschnitt A - Tarifbestimmungen

Versicherungsschutz

1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

1.2 Ein Unfall ist ein vom Willen der versicherten Person unabhängiges Ereignis, das plötzlich von außen mechanisch oder chemisch auf ihren Körper einwirkt und eine körperliche Schädigung oder den Tod nach sich zieht.

1.2.1 Als Unfall gelten auch folgende vom Willen der versicherten Person unabhängige Ereignisse:

- Ertrinken,
 - Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom,
 - Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen,
 - Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf.
 - Unfälle, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall herbeigeführt werden, Herzinfarkt oder Schlaganfall gelten jedoch in keinem Fall als Unfallfolge,
 - Unfälle der versicherten Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen mit Ausnahme von Motorseglern und Ultralights, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind.
- Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeuges eine berufliche Betätigung ausübt.

1.2.2 Krankheiten gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis sowie Wundstarrkrampf und Tollwut, die durch einen Unfall verursacht werden.

1.3 Krankheit ist ein nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft anormaler körperlicher oder geistiger Zustand.

1.4 Heilbehandlung (Pkt. 1.5) ist eine medizinische Behandlung, die nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft geeignet erscheint, die Gesundheit wieder herzustellen, den Zustand zu bessern oder eine Verschlechterung zu verhindern.

1.5 Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch, wenn der Tarif Leistungen hierfür vorsieht

- 1.5.1 Betreuungshilfe nach einer Hausgeburt bzw. ambulanten Entbindung,
- 1.5.2 Krankenhausaufenthalt einer Begleitperson,
- 1.5.3 Bergung und Primärtransport nach einem Unfall,
- 1.5.4 Reiseabbruch bzw. -verlängerung,
- 1.5.5 Reiseterno,
- 1.5.6 Tod

1.6 Als Versicherungsfall gelten nicht:

- 1.6.1 Kosmetische Behandlungen und Operationen und deren Folgen, soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen sowie Geschlechtsumwandlungen;
- 1.6.2 Zahnimplantationen sowie die damit im ursächlichen Zusammen-

hang stehenden Maßnahmen und Folgen, soweit diese nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen;

1.6.3 Maßnahmen der Geriatrie, der Rehabilitation (sofern der Tarif hierfür nicht Leistungen vorsieht) und der Heilpädagogik;

1.6.4 alle Formen der künstlichen Befruchtung (z. B. In vitro Fertilisation, Insemination) sowie die damit im ursächlichen Zusammenhang stehenden Maßnahmen und Folgen.

1.7 Der Umfang und der Geltungsbereich des Versicherungsschutzes ergeben sich aus den Versicherungsbedingungen (VB 2006) in der geltenden Fassung und dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt österreichischem Recht.

1.8 Der Anspruch auf die Versicherungsleistung steht dem Versicherten (Mitversicherten) zu. Ist die Person des Versicherten (Mitversicherten) von der des Versicherungsnehmers verschieden, so kann in der Krankenhaustagegeldversicherung vereinbart werden, dass der Anspruch auf die Versicherungsleistung dem Versicherungsnehmer zusteht, wenn die dem Versicherungsnehmer durch den Versicherungsfall des Versicherten (Mitversicherten) entstehenden Vermögensnachteile abgedeckt werden sollen.

2 Abschluss des Versicherungsvertrages

2.1 Versicherungsnehmer kann nur eine Person sein, die in Österreich ihren ordentlichen Wohnsitz hat.

2.2 Versicherungsfähig sind Personen, die in Österreich gesetzlich krankenversichert sind.

2.3 Der Antragsteller ist sechs Wochen lang an seinen Antrag gebunden. Die Frist beginnt mit dem Tag der Antragstellung bzw. mit der Absendung des Antrags.

2.4 Die Annahme des Antrags kann auch von einer ärztlichen Untersuchung oder von der Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses abhängig gemacht werden. Die Kosten trägt der Antragsteller.

2.5 Über die Antragsannahme entscheidet die Geschäftsleitung des Versicherers. Anträge können ohne Angabe von Gründen abgelehnt werden. Die Entscheidung ist dem Antragsteller schriftlich mitzuteilen. Mit der Zustellung (Aushändigung) des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung ist der Versicherungsvertrag abgeschlossen.

2.6 Bei neugeborenen Kindern verzichtet der Versicherer unter folgenden Voraussetzungen auf das Recht der Ablehnung (Pkt. 2.5) und auf einen Leistungsausschluss gemäß Pkt. 6.1 und 6.2:

2.6.1 Die Eltern des Kindes – wenn schon Kinder vorhanden sind, auch alle im gemeinsamen Haushalt unter 19 Jahren – müssen seit mindestens 12 Monaten aufrechten Versicherungsschutz nach Tarifen genießen, die dem für das Kind beantragten Versicherungsschutz entsprechen. Die Voraussetzung der Vorversicherung aller Kinder im gemeinsamen Haushalt entfällt im Hinblick auf solche, die zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht länger als 12 Monate innerhalb des versicherten Familienverbandes gelebt hatten. Scheidet ein Elternteil aus dem versicherten Familienverband aus, ist er berechtigt, sich auf die gegenständliche Bestimmung zu Gunsten des Neugeborenen zu berufen, wenn dieses innerhalb seiner häuslichen Gemeinschaft verbleibt und für ihn selbst seit mindestens 12 Monaten aufrechter Versicherungsschutz bestanden hatte.

2.6.2 Die Mitversicherung des Kindes muss innerhalb von drei Monaten nach der Geburt mit Wirkung ab dem Tag der Geburt dem Versicherer zur Kenntnis gebracht werden (Pkt. 16)

3 Beginn des Versicherungsschutzes

3.1 Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Versicherungsvertrages, nicht vor Ablauf der Wartezeiten und nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Wird der Versicherungsschein nach diesem Zeitpunkt ausgehändigt, so beginnt der Versicherungsschutz abgesehen von den Bestimmungen über die Wartezeiten mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt.

3.2 Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn zum Zeitpunkt der Geburt ein Elternteil seit mindestens 12 Monaten aufrechten Versicherungsschutz durch den Versicherer genossen hat und dem Versicherer die Mitversicherung des Kindes ordnungsgemäß im Sinne des Pkt. 2.6.2 angezeigt worden ist.

3.3 Der Geburt eines Kindes stehen Adoption und Pflegekindschaft gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt derselben noch minderjährig ist.

- 4 Wartezeiten
- 4.1 Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- 4.2 Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
- 4.3 Die Wartezeiten entfallen bei
- 4.3.1 Unfällen,
- 4.3.2 folgenden akuten Infektionskrankheiten: Röteln, Masern, Windpocken (Varicellen), Scharlach, Diphtherie, Mumps, spinale Kinderlähmung, Meningitis, Ruhr, Paratyphus (Fleckfieber), Thyphus, Cholera, Pocken, Rückfallfieber, Malaria, Milzbrand, Rotlauf, Gelbfieber, Pest, Tularämie, Psittakose,
- 4.3.3 Mitversicherung von Ehegatten (Lebensgefährten oder -partnern in häuslicher Gemeinschaft) im Ausmaß der bestehenden Leistungen
- wenn die Versicherung mindestens 12 Monate bestanden hat und
 - wenn die Mitversicherung innerhalb von drei Monaten nach der Eheschließung bzw. nach Gründung des gemeinsamen Haushaltes beantragt worden ist.
- 4.4 Bestimmungen über besondere Wartezeiten:
- 4.4.1 Für Entbindungen sowie auf Grund einer Schwangerschaft oder einer Fehlgeburt erforderliche Untersuchungen und damit im Zusammenhang stehende medizinische Heilbehandlungen besteht Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer Wartezeit von neun Monaten, es sei denn, die Schwangerschaft ist nachweislich nach Vertragsabschluss und während aufrechter Versicherungsdauer eingetreten.
- 4.4.2 Soweit beiden Vertragsteilen bereits zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses bekannte Krankheiten oder Unfallfolgen durch ausdrückliche Vereinbarung zwischen Versicherer und Versicherungsnehmer gänzlich oder teilweise in die vertragliche Reichweite des Versicherungsschutzes aufgenommen werden, können von den allgemeinen Wartezeiten im Sinne des Pkt. 4.2 abweichende Wartezeiten vereinbart werden.
- 4.4.3 In Bezug auf Tarifleistungen im Zusammenhang mit Kur- und Erholungsaufenthalten beträgt die Wartezeit 24 Monate.
- 4.4.4 In Bezug auf Tarifleistungen im Zusammenhang mit der Erstattung von Bestattungskosten beträgt die Wartezeit 12 Monate.
- 4.4.5 Allfällige weitere besondere Wartezeiten sind den jeweils gewählten Tarifen zu entnehmen.
- 4.4.6 Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, unter Anrechnung der aus der bisherigen Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Altersrückstellung in einen anderen Tarif dieser Versicherungsart bis zum bisherigen Deckungsumfang zu wechseln. Beantragt der Versicherungsnehmer den Übertritt in eine höhere Tarifklasse, treten im Umfang des Erweiterungsbegehrens die Bestimmungen des Pkt. 2 mit Wirkung ab Zustellung des Antrags von neuem in Kraft. Bezüglich des mit der Erhöhung des Deckungsumfangs verbundenen erweiterten Versicherungsschutzes gelten darüber hinaus neuerlich die Bestimmungen über die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.
- 5 Umfang der Leistungspflicht
- 5.1 Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den Versicherungsbedingungen (VB 2006) und dem Versicherungsschein.
- 5.2 Der versicherten Person steht die Wahl unter allen Ärzten frei, die in dem Land, in dem die Behandlung erfolgt, zur ärztlichen Heilbehandlung zugelassen sind und unter anderen Behandlern, die über eine auf ihrem Behandlungsgebiet anerkannte und fundierte Ausbildung verfügen.
- 5.3 Die Kosten der im Rahmen einer Heilbehandlung verordneten und aus einer Apotheke bezogenen Arzneimittel werden ersetzt. Nicht ersetzt werden die Kosten für Heil- und Mineralwässer, Medizinalweine, Nähr- und Stärkungsmittel, geriatrische Mittel, Tonika, kosmetische Mittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege, Badezusätze und alle nicht in Österreich oder einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union registrierten Heilmittel.
- 5.4 Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- 5.5 Leistungen für stationäre Heilbehandlung
- 5.5.1 Stationäre Heilbehandlung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine Heilbehandlung im Rahmen eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes in sanitätsbehördlich genehmigten Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten, sofern diese ständige ärztliche Anwesenheit vorsehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten, nicht auf die Anwendung bestimmter Behandlungsmethoden ausgerichtet sind sowie

Krankengeschichten führen. Als stationär gilt ein Aufenthalt nur, wenn die Art der Heilbehandlung einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordert.

Stationäre Aufenthalte für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie zahn- und kieferchirurgische Eingriffe gelten nur dann als medizinisch notwendig, wenn eine ambulante Heilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

Als medizinisch notwendig gilt ein stationärer Aufenthalt insbesondere nicht, wenn er lediglich im Mangel an häuslicher Pflege oder sonstigen persönlichen Verhältnissen des Versicherten (Mitversicherten) begründet ist.

- 5.5.2 Für eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des Pkt. 5.5.1. werden in den nachstehend angeführten Krankenanstalten (oder Abteilungen aller Krankenanstalten) Leistungen nur insoweit erbracht, als der Versicherer diese vor Beginn schriftlich zugesagt hat:

In Krankenanstalten (oder Abteilungen aller Krankenanstalten):

- die nicht ausschließlich nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft arbeiten;

- in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Rehabilitationsmaßnahmen oder Kurbehandlungen durchgeführt werden;

- in denen auch Rekonvaleszente oder Pflegefälle aufgenommen werden;

- in denen neben stationärer Heilbehandlung auch Langzeitbehandlungen durchgeführt werden;

- in privaten Krankenanstalten außerhalb Österreichs.

- 5.5.3 Für Aufenthalte in den nachstehend angeführten Krankenanstalten (oder solchen Abteilungen aller Krankenanstalten) besteht ein Leistungsanspruch nur auf Ersatz der Kosten der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im tariflichen Ausmaß und auch dieser nur dann, wenn der Versicherer die Leistung vor Beginn schriftlich zugesagt hat. Ein Krankenhaustagegeld oder Krankenhaus-Ersatztaggeld wird jedoch in keinem Fall geleistet:

- in Krankenanstalten für Lungen- und TBC-Kranke

- in Abteilungen für Lungen- und TBC-Kranke aller Krankenanstalten,

- in Krankenanstalten für Nerven- und/oder Geisteskranke (mit Ausnahme jener für Neurologie und Neurochirurgie),

- in Abteilungen für Nerven- und/oder Geisteskranke (mit Ausnahme jener für Neurologie und Neurochirurgie) aller Krankenanstalten,

- in Krankenanstalten, die vornehmlich für Maßnahmen der Rehabilitation eingerichtet sind,

- in Abteilungen, die vornehmlich für Maßnahmen der Rehabilitation eingerichtet sind, gleichgültig in welchem Krankenhaus sich diese Abteilungen befinden.

- 5.5.4 Für Aufenthalte in den nachstehend angeführten Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) besteht kein Versicherungsschutz:

- in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) für Alkohol- und Drogenabhängige,

- in Sanitätseinrichtungen des Bundesheeres,

- in Inquisiten Spitälern (oder Inquisitenabteilungen),

- in Anstalten (oder Abteilungen von Anstalten) für geistig abnorme Rechtsbrecher,

- in selbständigen Ambulatorien (wenn die durchzuführende Untersuchung oder Behandlung eine kurzfristige Unterbringung erforderlich macht),

- in Kuranstalten, Erholungs-, Diät- und Genesungsheimen sowie Gesundheitszentren,

- in Krankenanstalten für chronisch Kranke,

- in Abteilungen für chronisch Kranke aller Krankenanstalten,

- in Anstalten zur Pflege wegen Alters, Hinfälligkeit, Siechtums oder mangels häuslicher Pflege,

- in Abteilungen von Anstalten zur Pflege wegen Alters, Hinfälligkeit, Siechtums oder mangels häuslicher Pflege,

- in Tag- und Nachtkliniken.

- 5.5.5 Der Versicherer kann sich auf seine Leistungsfreiheit nach Pkt. 5.5.2 - 5.5.4 insoweit und solange nicht berufen, als die Dringlichkeit der stationären Heilbehandlung das Aufsuchen einer Krankenanstalt im Sinne des Pkt. 5.5.1 bzw. die Einholung einer vor Beginn der Behandlung erforderlichen schriftlichen Zusage nach Pkt. 5.5.2 und 5.5.3 nicht zulässt. Ein Krankenhaustagegeld (Krankenhaus-Ersatztaggeld) bei Aufenthalten in Krankenanstalten oder Abteilungen aller Krankenanstalten gemäß Pkt. 5.5.3 wird jedoch auch im Falle der Dringlichkeit nicht geleistet.

- 5.6 Gemeinsame Bestimmungen

Als Operationskosten gelten das Honorar des Operateurs, des Anästhesisten, der bei der Operation assistierenden Ärzte und die Kosten des Pflegepersonals für die Operation einschließlich Vor- und Nachbehandlung sowie die gesondert in Rechnung gestellten Sachkosten.

- Bei gleichzeitiger Ausführung mehrerer Operationen wird die am höchsten einzustufende tariflich voll, jede weitere in verschiedenen Operationsfeldern mit höchstens 50%, im gleichen Operationsfeld mit höchstens 25% des tariflichen Ausmaßes vergütet. Die Vergütung beträgt jedoch maximal das Doppelte des Satzes für die höchst einzustufende Operation.
6. Einschränkung der Leistungspflicht
- 6.1. Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind Heilbehandlungen, die vor Versicherungsbeginn begonnen haben.
- 6.2 Keine Leistungspflicht besteht
- 6.2.1 für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Terror oder Kriegereignisse einschließlich Neutralitätsverletzungen verursacht sind,
- 6.2.2 für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen,
- 6.2.3 bei missbräuchlichem Genuss von Alkohol, Drogen, Suchtgiften und Arzneimitteln sowie für Entziehungsmaßnahmen, einschließlich Entziehungskuren
- 6.2.4 bei Anhaltung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung,
- 6.2.5 bei aktiver Beteiligung an Unruhen und Streik, bei schuldhafter Beteiligung an Schlägereien oder bei vorsätzlicher Begehung einer gerichtlich strafbaren Handlung,
- 6.2.6 bei vorsätzlichem Handeln oder Unterlassung,
- 6.2.7 bei schädigender Wirkung von ionisierender Strahlung und Kernenergie,
- 6.2.8 bei Auftreten von Seuchen und Epidemien,
- 6.2.9 für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung,
- 6.2.10 generell für Zahnbehandlungen, Zahnersatz sowie zahn- und kieferchirurgische Eingriffe, ausgenommen in Fällen zwingender und unaufschiebbarer medizinischer Notwendigkeit im Zusammenhang mit einem stationären Krankenhausaufenthalt
- 6.3 Außer den in Nr. 6.2.1 bis 6.2.10 genannten Fällen besteht bei urlaubsbedingten Auslandsaufenthalten sowie den Fällen nach Abschnitt B 1.6 auch keine Leistungspflicht
- 6.3.1 bei einer der versicherten Person bei Beginn des Auslandsaufenthaltes bekannten Schwangerschaft sowie mit dieser Schwangerschaft im Zusammenhang stehende Aufwendungen für Schwangerschaftsabbruch, Entbindung sowie für Wochenbett-erkrankungen und deren Folgen. Versichert ist jedoch die Behandlung von für die versicherte Person nicht vorhersehbare, akut eingetretene Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburten vor Beendigung der 32. Schwangerschaftswoche und Fehlgeburten. Für die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Frühgeborenen im Rahmen der Frühgeburt besteht insoweit auch Versicherungsschutz.
- Die TYROL AIR AMBULANCE (siehe Leistungen bei urlaubsbedingten weltweiten Auslandsaufenthalten) empfiehlt aus Erfahrung dringend, bei bekannter Schwangerschaft keine Reisen ins Ausland zu unternehmen.
- 6.3.2 für empfängnisverhütende Maßnahmen sowie für Folgen empfängnisverhütender Maßnahmen,
- 6.3.3 für konservierende oder prothetische Zahnbehandlungen oder bei Inanspruchnahme ortsgebundener Heilvorkommen, z.B. Kuren in Badeorten, Klima- und Höhenkuren oder infolge von Reduktionskuren oder ähnlichem,
- 6.3.4 bei Ausübung von Leistungssport, Wettkämpfen, Rennen, Rallyes oder ähnlichem sowie bei Trainingsfahrten,
- 6.3.5 wenn die Impfpfehlungen der Weltgesundheitsorganisation nicht eingehalten wurden,
- 6.3.6 wenn bei Eintritt des Versicherungsfalles den Anordnungen der TYROL AIR AMBULANCE nicht Folge geleistet wurde, insbesondere, wenn ein Heimtransport von der versicherten Person abgelehnt oder schuldhaft versäumt wird, besteht kein Anspruch auf weitere Leistungen oder Mehrkosten aus diesem Versicherungsfall.
- 6.3.7 wenn die Beauftragung der TYROL AIR AMBULANCE nicht durch MuKi erfolgt ist.
- 6.4. Außer den in Nr. 6.2.1 bis 6.2.10 und 6.3.4 genannten Fällen besteht bei Reisestorno auch keine Leistungspflicht
- 6.4.1 wenn die Reise vor Versicherungsbeginn gebucht wurde,
- 6.4.2 wenn der versicherten Person vor Buchung der Reise bekannt bzw. für sie voraussehbar war, dass sie Leistungen in Anspruch nehmen muss,
- 6.4.3 wenn das Reiseunternehmen vom Reisevertrag zurücktritt,
- 6.4.4 bei vor der Buchung der Reise bekannten Schwangerschaften.
- 6.5 Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.
- 6.6 Sind die in den Versicherungsbedingungen (VB 2006) in der geltenden Fassung aufgeführten Leistungen auch über andere Kostenträger vertraglich oder gesetzlich abgesichert, ist der Versicherer nur für die Leistungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung der anderen Kostenträger verbleiben.
- 6.7 Soweit Kosten aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder vertraglicher Vereinbarungen mit dem Versicherer betraglich geregelt sind, ist der Versicherer zum Ersatz darüberhinausgehender Kosten (z. B. Besondere Honorare der Vorstände von Universitätskliniken gemäß §46 Krankenanstaltengesetz) nicht verpflichtet.
- 6.8 Der Versicherer kann in begründeten Fällen Behandlungen bestimmter Ärzte oder Dentisten bzw. in bestimmten Krankenanstalten (oder Abteilungen von Krankenanstalten) vom Versicherungsschutz ausnehmen. Dies gilt für Behandlungen, die nach Zustellung der Mitteilung durchgeführt werden. Für laufende Versicherungsfälle besteht Versicherungsschutz bis zum Ablauf des dritten Monats nach Zustellung der Mitteilung.
- 7 Auszahlung der Versicherungsleistungen
- 7.1 Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- 7.1.1 Kostenbelege sind in Urschrift einzureichen. Hat sich ein anderer Kostenträger an den Kosten beteiligt, genügen Zweitschriften, auf denen der Kostenträger den Erstattungsbetrag vermerkt hat.
- 7.1.2 Rechnungen müssen den Namen sowie das Geburtsdatum der behandelten Person, die Behandlungszeit, die einzelnen Leistungen und die Krankheitsbezeichnungen enthalten.
- Rezepte sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung, Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung einzureichen. Beim Folgebezug einer Brille wegen veränderter Sehschärfe genügt die Angabe des Brechkraftwertes in der Optikerrechnung.
- 7.2. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 11 Abs. 1 bis 3 VVG (siehe Anhang).
- 7.3 Die in ausländischer Währung entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der Devisenmittelkurs der Wiener Börse, für nicht gehandelte Währungen der Banken-Wechselkurs, der von der Österreichischen Nationalbank bekannt gegeben wird, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- 7.4 Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- 7.5 Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- 7.6 Die Ansprüche auf die Versicherungsleistungen verjähren nach drei Jahren. Tarifleistungen lt. Versicherungsbedingungen VB 2006, Abschnitt B - Leistungen - Nr. 1.1 bis 1.1.3, Nr. 1.5 bis 1.7 sowie 2.7 und 2.8 gelten als subsidiär. Sie werden daher nur erbracht, soweit nicht aus anderen bestehenden Privat- oder Sozialversicherungen Ersatz erlangt werden kann.
- 8 Ende des Versicherungsschutzes
- Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.
- Pflichten
- 9 Prämien, Gebühren und Abgaben
- 9.1 Die Prämie ist eine Jahresprämie und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Sie ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahrs zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Prämienraten bezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Prämienrate als gestundet gelten. Die Prämienraten sind am 1. eines jeden Monats fällig. Die erste Prämie samt Nebengebühren ist spätestens bei Aushändigung bzw. Angebot des Versicherungsscheins fällig.
- 9.2 Das Beitrittsalter ist die Differenz zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.
- 9.3 Hat ein mitversichertes Kind das 19. Lebensjahr vollendet, so erfolgt ab dem nächstfolgenden Monatsersten die Umstellung auf den Tarif MUK als Einzelperson.
- 9.4 Die Prämien sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten. Dem Versicherer steht es frei, die Prämien gegen eine angemessene Gebühr einheben zu lassen. Der Versicherer darf neben der Prämie nur solche Gebühren verlangen, die der Abgeltung von Mehraufwendungen dienen, die durch das Verhalten des Versicherungsnehmers (Versicherten) veranlasst worden sind.
- 9.5 Allfällige Gebühren und Abgaben aus dem Versicherungsvertrag trägt der Versicherungsnehmer.

Zahlungsverzug und dessen Folgen

- 9.6 Wird die erste Prämie oder die erste Prämienrate innerhalb von 14 Tagen nach dem Abschluss des Versicherungsvertrages und nach der Aufforderung zur Prämienzahlung nicht gezahlt, so kann der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt 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. Ist die Prämie zur Zeit des Eintritts des Versicherungsfalles und nach Ablauf der Frist von 14 Tagen noch nicht gezahlt, so ist der Versicherer nach Maßgabe der §§ 38 und 39a Versicherungsvertragsgesetz von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war.
- 9.7 Wird in der Folge eine fällige Prämie oder eine fällige Prämienrate nicht rechtzeitig bezahlt, so kann der Versicherer den Versicherungsnehmer unter Angabe der Höhe der Prämien- und Kostenschuld und der Rechtsfolgen weiterer Versäumnis schriftlich auffordern, die Schuld innerhalb einer Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen, vom Anfang der Aufforderung an gerechnet, an die vom Versicherer bezeichnete Stelle ohne Abrechnung von Überweisungsspesen zu bezahlen. Neben der Postgebühr und Mahnkosten können Verzugszinsen in Höhe der gesetzlichen Verzugszinsen eingehoben werden. Nach Ablauf der Zahlungsfrist werden, wenn bis dahin die eingemahnte Prämie nicht bezahlt ist, die gestundeten Prämienraten des laufenden Versicherungsjahres fällig.
- 9.8 Tritt der Versicherungsfall nach Ablauf der Zahlungsfrist ein und ist der Versicherungsnehmer zu dieser Zeit mit der Zahlung der Prämien ganz oder teilweise in Verzug, so ist der Versicherer nach Maßgabe der §§ 39 und 39a Versicherungsvertragsgesetz von der Verpflichtung zur Leistung frei, es sei denn, dass der Versicherungsnehmer an der rechtzeitigen Zahlung der Prämie ohne sein Verschulden verhindert war. Die Leistungspflicht des Versicherers 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.
- 9.9 Der Versicherer ist berechtigt, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist zu kündigen, wenn der Versicherungsnehmer nach Ablauf der Frist mit der Zahlung im Verzug ist. Der Versicherer kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist das Versicherungsverhältnis so kündigen, dass die Kündigung mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzug ist.
- 9.10 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.
- 10 Obliegenheiten
- 10.1 Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- 10.2 Der Versicherungsnehmer hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- 10.3 Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- 10.4 Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- 10.5 Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer unverzüglich zu unterrichten.
- 11 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- 11.1 Der Versicherer ist mit der in § 6 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in Pkt. 10.1 bis 10.4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- 11.2 Wird die in Pkt. 10.5 genannte Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.
- 11.3 Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.
- 12 Ansprüche gegen Dritte
- Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nichtversicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 67 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten. Gibt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person einen solchen Anspruch oder ein zur Sicherung des Anspruches dienendes Recht ohne Zustimmung des Versicherers auf, so wird dieser insoweit von der Verpflichtung zur

Leistung frei, als er aus dem Anspruch oder dem Recht hätte Ersatz erlangen können.

Ende der Versicherung

- 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- 13.1 Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf des dritten Versicherungsjahres, mit einer Frist von drei Monaten zu kündigen.
- 13.2 Das Versicherungsjahr richtet sich nach dem ursprünglichen Versicherungsbeginn.
- 13.3 Die Kündigung muss schriftlich erfolgen und soll an die Geschäftsleitung der Versicherung gerichtet sein.
- 13.4 Kündigt der Versicherungsnehmer den Versicherungsvertrag hinsichtlich einzelner Personen, hat der Versicherer das Recht, innerhalb von einem Monat den Versicherungsvertrag hinsichtlich der übrigen Personen zum gleichen Termin zu kündigen.
- 13.5 Werden Prämien erhöht oder Leistungen vermindert (Pkt. 18) 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.
- 13.6 Wird ein Versicherungsnehmer oder ein Versicherter 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.
- 14 Kündigung durch den Versicherer
- Wenn der Versicherungsnehmer oder ein Versicherter durch wissentlich falsche Angaben, insbesondere durch Vortäuschung einer Krankheit, Versicherungsleistungen erschleicht oder zu erschleichen versucht oder bei einer solchen Handlung mitwirkt, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei und hat das Recht, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen. Das gleiche gilt, wenn der Versicherte im Krankheitsfall den vom Arzt oder vom Versicherer gegebenen zumutbaren Verhaltensmaßregeln vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht Folge leistet.
- 15 Beendigungsgründe
- 15.1 Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die Versicherten haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
- 15.2 Beim Tod eines Versicherten endet der Versicherungsvertrag hinsichtlich dieser Person
- 15.3 Der Versicherungsvertrag endet ferner durch Verlegung des Wohnsitzes des Versicherungsnehmers oder des Versicherten ins Ausland, es sei denn, dass eine andere Vereinbarung getroffen wird. Die Bestimmungen des Abs. 1 gelten sinngemäß.
- 15.4 Unbeschadet den Bestimmungen in Pkt. 13, 14 und 15.1 bis 15.3 endet die Versicherung nach Vorlage der entsprechenden Nachweise auch:
- Für Versicherte, deren Anspruchsberechtigung bei einer österreichischen Pflichtversicherung erlischt, und zwar mit Ende der Anspruchsberechtigung.

Sonstige Bestimmungen

- 16 Willenserklärungen und Anzeigen
- 16.1 Alle, für den Versicherer bestimmten Anzeigen und Erklärungen sind schriftlich abzufassen und sollen an die Geschäftsleitung des Versicherers gerichtet werden
- 16.2 Hat der Versicherungsnehmer seine Wohnung gewechselt, dies aber nicht dem Versicherer mitgeteilt, so genügt zur Rechtswirksamkeit von Willenserklärungen des Versicherers dem Versicherungsnehmer gegenüber die Absendung des Briefs an die letzte, dem Versicherer bekanntgegebene, Anschrift.
- 17 Erfüllungsort, Gerichtsstand
- 17.1 Erfüllungsort für die beiderseitigen Verpflichtungen aus dem Versicherungsvertrag ist der Sitz des Versicherers.
- 17.2 Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder bei dem Gericht des Orts anhängig gemacht werden, wo der Vermittlungsagent zur Zeit der Vermittlung seine gewerblich Niederlassung oder in Ermangelung einer solchen seinen Wohnsitz hatte.
- 17.3 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.

- 18 Änderungen der Versicherungsbedingungen VB 2006
- 18.1 Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinne des § 178f Versicherungsvertragsgesetz gelten die Veränderungen folgender Faktoren:
- die durchschnittliche Lebenserwartung
 - der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten
 - des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen
 - 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; bei der Festsetzung der Höhe der Anpassung bleiben jedoch Gebühren und/oder Honorare, über deren Höhe ein Einvernehmen mit dem Versicherer nicht hergestellt worden ist, außer Betracht; betrifft dies die Gebühren und/oder Honorare sämtlicher Spitäler eines Bundeslandes wird der Anpassung die jeweilige Veränderung des vom österreichischen statistischen Zentralamt verlautbarten Index der Verbraucherpreise zu Grunde gelegt. Wird der Index der Verbraucherpreise nicht mehr verlaublich, gelten diese an seiner Stelle verlaublich Werte; sollte die Berechnung des Index der Verbraucherpreise grundlegend geändert werden, bestimmt die Versicherungsaufsichtsbehörde den künftig anzuwendenden Maßstab.
 - des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.
- 18.2 Die Versicherungsbedingungen VB 2006 können für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden, wenn:
- 18.2.1 sich die Verhältnisse des Gesundheitswesens nicht nur vorübergehend verändern, hierzu gehören insbesondere Änderungen
- von Rechtsvorschriften, auf denen einzelne Bedingungen des Vertrages beruhen,
 - der höchstrichterlichen Rechtsprechung, auf der einzelne Bedingungen des Vertrages beruhen,
- 18.2.2 in den Versicherungsbedingungen VB 2006 eine Bestimmung unwirksam und zur Fortführung des Vertrages deren Ergänzung notwendig ist.

Solche Gründe können insbesondere vorliegen, wenn:

- ein Gericht einzelne Bedingungen rechtskräftig für unwirksam erklärt,
- eine Kartellbehörde oder eine Versicherungsaufsichtsbehörde eine Bedingung durch Verwaltungsakt als mit geltendem Recht nicht vereinbar beanstandet

und die gesetzlichen Vorschriften keine Regelung enthalten, die an Stelle solcher Bedingungen tritt.

- 18.3 Eine Änderung von Bedingungen ist nur zulässig, wenn das bei Vertragsschluss vereinbarte Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung in nicht unbedeutendem Maße gestört ist.

Abschnitt B – Leistung

(Kostenvergütungsbeträge enthalten die gesetzlich vorgeschriebene Mehrwertsteuer)

1 Tarifleistungen für alle versicherten Personen

1.1 Stationäre Heilbehandlung wegen Unfallsfolgen

Für die folgenden Tarifleistungen gelten folgende Voraussetzungen:

- die versicherte Person wird für mindestens 24 Stunden stationär im Krankenhaus aufgenommen,
- die stationäre Heilbehandlung der versicherten Person zwecks Behandlung von Unfallsfolgen beginnt innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfall,
- es besteht eine österreichische Pflichtversicherung bzw. ein Sozialversicherungs-Ersatztarif für die versicherte Person.

1.1.1 Sonderklasse/Mehrbettzimmer in einem österreichischen Vertragskrankenhaus

Bei stationärer Heilbehandlung in der Sonderklasse/Mehrbettzimmer eines österreichischen Vertragskrankenhauses sind an Stelle aller anderen Leistungen (Pflegergebühren, Operationskosten, Behandlungskosten bei operativen oder nicht operativen Fällen) die Aufwendungen für die

durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten oder vereinbarten Aufzahlungskosten auf die Leistungen der Pflichtkrankenkasse oder eines Sozialversicherungs-Ersatztarifes (Kostendifferenz auf die Sonderklasse/Mehrbettzimmer) erstattungsfähig, und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen. Bei Bestehen eines Sonderklasse-Tarifes (Vollkosten) bei einem anderen privaten Krankenversicherer ist dieser vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Besondere Honorare gemäß § 46 Krankenanstaltengesetz sind im Leistungsumfang nicht enthalten.

Als Vertragskrankenhäuser gelten jene, die zum Zeitpunkt des Leistungsfalles im Vertragskrankenhausverzeichnis angeführt sind, wo die Krankenhausgebühren und Arzthonorare durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag, vor allem auch ihrer Höhe nach geregelt sind.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich aus den vorstehenden Ausführungen ergibt, werden zu 100 % ersetzt.

1.1.2 Sonderklasse/Mehrbettzimmer in einem anderen österreichischen Krankenhaus

Bei stationärer Heilbehandlung, die nicht unter Nr. 1.1.1 fällt, in der Sonderklasse/Mehrbettzimmer eines anderen österreichischen Krankenhauses sind Aufwendungen für

- Pflegegebühren:

für Hauptversicherte täglich bis zu EUR 94,47

für Familienversicherte täglich bis zu EUR 101,74

- Behandlungskosten bei nicht operativen Fällen

Interne Behandlungspauschale bis zu EUR 443,30

täglich ab dem ersten Tag bis zu EUR 54,50

- Behandlungskosten bei operativen Fällen

Ersatz pro Aufenthaltstag bis zu EUR 38,15

erstattungsfähig.

Zusätzlich sind erstattungsfähige Aufwendungen für Operationskosten entsprechend dem Operationsgruppenverzeichnis. Das Operationsgruppenverzeichnis kann bei MuKi angefordert werden.

Erstattungsfähige Höchstbeträge für Operationsgruppen

Operationsgruppe I bis zu EUR 247,81

Operationsgruppe II bis zu EUR 381,53

Operationsgruppe III bis zu EUR 610,45

Operationsgruppe IV bis zu EUR 1.030,50

Operationsgruppe V bis zu EUR 1.449,82

Operationsgruppe VI bis zu EUR 1.983,97

Operationsgruppe VII bis zu EUR 2.785,55

Operationsgruppe VIII bis zu EUR 3.815,32.

Werden an Stelle einer Operation Röntgen-, Tiefen- oder Radiumbestrahlungen durchgeführt, werden die erstattungsfähigen Höchstbeträge der jeweiligen Operationsgruppe halbiert.

Besondere Honorare gemäß § 46 Krankenanstaltengesetz sind im Versicherungsschutz nicht enthalten.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich aus den vorstehenden Ausführungen ergibt, werden ersetzt.

1.1.3 Sonderklasse/Mehrbettzimmer in einem allgemeinen öffentlichen Krankenhaus in einem EU-Staat

Bei stationärer Heilbehandlung in der Sonderklasse/Mehrbettzimmer eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses in einem EU-Staat sind Aufwendungen für Honorare und Behandlungskosten abzüglich der satzungsgemäß zu erstattenden Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder eines Sozialversicherungs-Ersatztarifes erstattungsfähig.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 % ersetzt.

1.1.4 Ersatzkrankenhaustagegeld

Ohne Kostennachweis wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt, wenn für die gesamte Dauer eines stationären Krankenhausaufenthaltes zur Behandlung von Unfallsfolgen innerhalb eines Jahres nach einem Unfall keine Kostenerstattung in Anspruch genommen wird.

Höhe des Ersatzkrankenhaustagegeld pro Aufenthaltstag:

- für Erwachsene EUR 70,-

- für Kinder bis zum vollendeten 19. Lj. EUR 37,-.

Wird eine versicherte Person während eines stationären Kranken-

hausaufenthaltes von einer Gebührenklasse in eine andere verlegt, so werden entweder die angefallenen erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Nr. 1.1.1, 1.1.2 bzw. 1.1.3 ersetzt oder das Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt, wobei die für die versicherte Person günstigere Art der Abrechnung angewendet wird.

1.2 Selbstbehalt bei Krankenhausaufenthalt

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den von einem Sozialversicherungsträger erhobenen Selbstbehalt bei Behandlung in der allgemeinen Gebührenklasse.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 % ersetzt, max. EUR 17,- pro Aufenthaltstag.

1.3 Krankentransport innerhalb Österreichs

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Krankentransporte (Rettungsfahrzeug oder Krankentaxi) innerhalb Österreichs, die von der zuständigen Pflichtversicherung nicht gedeckt sind.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu EUR 150,- pro Versicherungsfall ersetzt, höchstens jedoch EUR 1.100,- pro Familie und Kalenderjahr.

1.4 Betreuungshilfe für Zuhause

1.4.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine Familienhelferin bei Krankheit bzw. einem Krankenhausaufenthalt eines Elternteils, wenn die Mutter oder der Vater Alleinerzieher ist bzw. wenn bei Ehepaaren oder Lebensgefährten der gesamte Pflegeurlaub und Urlaub des berufstätigen Partners aufgebraucht ist.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu EUR 800,- pro Kalenderjahr ersetzt.

1.4.2 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine Familienhelferin nach einer Hausgeburt bzw. einer ambulanten Entbindung.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 % für höchstens vier Tage ersetzt.

1.5 Leistungen bei urlaubsbedingten weltweiten Auslandsaufenthalten bis zu 31 Tagen

Der Auslandsversicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung eines Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch nach Ablauf des ersten Monats eines Auslandsaufenthaltes.

Ist die Rückreise der versicherten Person zu diesem Zeitpunkt wegen Krankheit oder Unfallsfolgen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für den bereits eingetretenen Versicherungsfall so lange, bis sie wieder transportfähig ist.

Die Entscheidung über die Notwendigkeit des Transports, Transportart, -fähigkeit und -zeitpunkt sowie die Notwendigkeit eines Reiseabbruchs bzw. einer Reiseverlängerung treffen ausschließlich die Ärzte der TYROL AIR AMBULANCE. Die TYROL AIR AMBULANCE ist eine weltweit anerkannte Organisation, die über erfahrenes Personal und beste technische Ausrüstung verfügt.

1.5.1 Bergung und Primärtransport

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Bergung nach einem Unfall (z.B. Seenot, Bergnot, Verkehrsunfall) sowie für den Primärtransport, die nicht von der zuständigen Pflichtversicherung gedeckt sind.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden pro Versicherungsfall bis zu EUR 1.450,- ersetzt.

1.5.2 Nottransport auf dem Luftweg

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für einen Nottransport auf dem Luftweg, wenn die versicherte Person primär versorgt ist, sich stationär im Krankenhaus befindet, den flugmedizinischen Richtlinien zufolge transportfähig ist und eine der folgenden Voraussetzung gegeben ist:

- eine lebensbedrohende innere Erkrankung,
- ein lebensbedrohender chirurgischer oder unfallchirurgischer Notfall,
- eine Erkrankung, die eine Spezialbehandlung erfordert,
- wenn die Gefahr einer Defektheilung nach einem schweren Unfall oder einer schweren Erkrankung nicht auszuschließen ist,
- ein stationärer Krankenhausaufenthalt von mehr als vier Wochen zu erwarten ist,
- der Transport erfolgt in die dem Wohnort der versicherten Person nächstgelegene Spezialklinik.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 % ersetzt.

1.5.3 Krankenhauskosten, Arzthonorare, Medikamente

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung, ärztliche Heilbehandlung sowie Medikamente.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu EUR 4.000,- pro Versicherungsfall ersetzt.

1.5.4 Nachsendung von Medikamenten

Erstattungsfähig ist die auf dem schnellsten Wege mögliche Organisation eines für die versicherte Person notwendigen Medikamentes, das am Urlaubsort nicht zur Verfügung steht, durch die TYROL AIR AMBULANCE.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 % ersetzt.

1.5.5 Todesfall im Ausland

Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, sind erstattungsfähig die Aufwendungen der Überführung an ihren Heimatwohnsitz bzw. bei einer Beisetzung im Ausland die Aufwendungen für die Bestattung.

Ersetzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für

- die Überführung bis zu EUR 8.000,-,
- die Bestattungskosten bis zu 100 %.

1.6 Reiseabbruch bzw. Reiseverlängerung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen wegen einer medizinisch notwendigen Reiseverlängerung oder eines vorzeitigen Rücktransports auf Grund von Krankheit oder Unfall bzw. Todesfall eines nahen Angehörigen.

Ersetzt werden

1.6.1 die gebuchten, nicht genutzten Kosten des Reisearrangements bis zu EUR 4.000,- pro Familie

1.6.2 die Kosten für die Verlängerung des Reisearrangements bis zu EUR 2.000,- pro Familie

1.6.3 die Mehrkosten, die durch Umbuchung/Rückreise entstehen bis zu EUR 1.100,- pro Familie.

Für die Dauer des Versicherungsschutzes gelten die Bestimmungen des Pkt. 1.5 sinngemäß.

1.7 Reisetorno

Erstattungsfähig sind Aufwendungen, die bei der Stornierung einer gebuchten Reise aus einem der folgenden Gründe entstehen:

- Reiseunfähigkeit eines Elternteils oder Kindes auf Grund von Unfall oder Krankheit, unabhängig davon, ob die Reise mit dem Kind angetreten worden wäre. Die Reiseunfähigkeit muss durch den behandelnden Arzt bestätigt werden.
- Tod eines nahen Angehörigen
- Bedeutender Sachschaden am Eigentum der versicherten Person am Wohnort, der ihre Anwesenheit zwingend erforderlich macht (z.B. Einbruchdiebstahl, Hochwasser)
- Unverschuldeter Verlust des Arbeitsplatzes infolge Kündigung durch den Arbeitgeber
- Einreichung der Scheidungsklage durch den Ehepartner
- Eintreffen einer unerwarteten gerichtlichen Vorladung, vorausgesetzt das Gericht akzeptiert die Reisebuchung nicht als Grund zur Verschiebung der Vorladung

Leistungsvoraussetzung ist, dass der Versicherer umgehend, d.h. noch vor Stornierung informiert wird und die Reiseunterlagen zur Verfügung gestellt werden.

Beim Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen gilt ein Selbstbehalt des Versicherungsnehmers in Höhe von 20% als vereinbart, mindestens jedoch EUR 200,-

2 Tarifleistungen speziell für versicherte Kinder

Für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr:

2.1 Kostenersatz für eine Begleitperson eines versicherten Kindes

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Mitaufnahme einer Begleitperson während eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes eines versicherten Kindes.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden

- in Österreich in der Allgemeinen Gebührenklasse eines öffentlichen Krankenhauses zu 100 %,
- in Österreich in Privatkliniken bzw. nicht-öffentlichen Krankenhäusern bis

- zu EUR 75,- pro Aufenthaltstag,
- im Ausland in öffentlichen Krankenhäusern sowie Privatkliniken bis zu EUR 150,- pro Aufenthaltstag ersetzt.
- Nach einem Unfall werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für die Begleitperson innerhalb der EU in der Sonderklasse/Mehrbettzimmer eines öffentlichen Krankenhauses zu 100 % ersetzt.
- 2.2 Häusliche Krankenpflege für Kinder durch Pflegefachkräfte
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für häusliche Behandlungspflege durch Pflegefachkräfte, die medizinische Leistungen (wie Verbandswechsel oder Injektionen) nach Anweisung des Arztes durchführen.
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu EUR 15,- pro Stunde ersetzt, maximiert mit € 800,- pro Kalenderjahr und Familie.
- 2.3 Betreuungshilfe für Zuhause
- 2.3.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine Familienhelferin zur Betreuung etwaiger Geschwister während des Krankenhausaufenthaltes eines versicherten Kindes, wenn
- ein alleinerziehender Elternteil als Begleitperson mitaufgenommen wird bzw.
- bei Ehepaaren oder Lebensgefährten der gesamte Pflegeurlaub und Erholungsurlaub des berufstätigen Partners aufgebraucht ist.
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 % ersetzt.
- 2.3.2 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine Familienhelferin nach einem Krankenhausaufenthalt oder bei Krankheit eines Kindes zuhause, wenn
- die Mutter oder der Vater berufstätiger Alleinerzieher ist und der Pflegeurlaub und der Erholungsurlaub aufgebraucht ist bzw.
- bei Ehepaaren oder Lebensgefährten beide Personen berufstätig sind und der gesamte Pflegeurlaub und Erholungsurlaub aufgebraucht ist.
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu EUR 800,- pro Kalenderjahr ersetzt.
Für Kinder bis zum vollendeten 19. Lebensjahr:
- 2.4 Besuchskosten
Werden außer den Erstattungsleistungen für den Selbstbehalt keine anderen Tarifleistungen in Anspruch genommen, werden EUR 18,- pro Aufenthaltstag, maximiert mit EUR 180,- pro Aufenthalt vergütet, höchstens jedoch EUR 900,- pro Kalenderjahr und Familie.
- 2.5 Externe Übernachtung
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Übernachtungen, wenn die Mitaufnahme der Begleitperson aus Platzgründen nicht möglich ist und das Krankenhaus vom Wohnort mind. 70 km entfernt ist.
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu EUR 35,- pro Übernachtung ersetzt, zuzüglich einer täglichen Verpflegungspauschale von EUR 18,-. Diese Leistung ist mit der Dauer des Krankenhausaufenthaltes des Kindes beschränkt.
- 2.6 Ambulante Heilbehandlung
- 2.6.1 Ambulante Operationen
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Operationen in öffentlich anerkannten Tageskliniken oder Vertrags-Tageskliniken bis zur Operationsklasse IV, wenn dadurch eine stationäre Heilbehandlung vermieden werden kann.
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden ersetzt, höchstens jedoch bei
- | | | |
|-------------------------------|-----|---------|
| - Operationsgruppe I | EUR | 210,- |
| - Operationsgruppe II | EUR | 280,- |
| bei endoskopischen Eingriffen | EUR | 110,- |
| - Operationsgruppe III | EUR | 550,- |
| bei endoskopischen Eingriffen | EUR | 200,- |
| - Operationsgruppe IV | EUR | 1.100,- |
| bei endoskopischen Eingriffen | EUR | 400,- |
- Wird für eine ambulante Operation Kostenerstattung in Anspruch genommen, werden keine weiteren mit dieser Behandlung im Zusammenhang stehende Leistungen aus diesem Tarif erbracht.
Bitte setzen Sie sich vor einer Operation immer mit dem Versicherer in Verbindung.
- 2.7 Hausbesuche des Arztes
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hausbesuche des Arztes nach

einem Krankenhausaufenthalt bzw. aufgrund einer akuten Erkrankung außerhalb der Ordinationszeiten.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu EUR 60,- pro Hausbesuch ersetzt.

- 2.8 Operationen im Ausland
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für
- Transport- und Reisekosten für das kranke Kind und die Begleitperson auf Basis des günstigsten öffentlichen Verkehrsmittels,
- nach vorheriger Leistung des Sozialversicherungsträgers verbleibende Aufwendungen für Behandlungskosten.
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 % ersetzt, bei den erstattungsfähigen Behandlungskosten höchstens jedoch EUR 4.000,-.
- 2.9 Kur- und Erholungsaufenthalte
Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale in Höhe von EUR 15,- pro Kalendertag in jedem 3. Kalenderjahr bezahlt, höchstens jedoch EUR 315,- pro Familie.
Leistungsvoraussetzung ist die Vorlage der Genehmigung durch die Pflichtversicherung bzw. der fachärztlichen Bestätigung.
- 2.10 Bestattungskosten
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Bestattungskosten bei Tod eines versicherten Kindes.
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu EUR 1.000,- ersetzt.

3 Örtlicher Geltungsbereich

Der Versicherungsschutz erstreckt sich

- bei den Nrn. 1.3 bis 1.4, 2.2 bis 2.7 und 2.10 auf Österreich
- bei der Nr. 1.1 und 1.2 auf die Europäische Union
- bei den Nrn. 1.5.1 bis 1.5.5, 1.6.2 und 1.6.3 sowie 2.8 auf die ganze Welt ausgenommen Österreich
- bei den Nrn. 1.6.1, 1.7, 2.1 und 2.9 auf die ganze Welt (inklusive Österreich).

4 Beitrittsalter

Das Höchst-Aufnahmealter ist mit 45 Jahren begrenzt.

5 Prämie

Die Monatsprämie ist abhängig von der Anzahl der versicherten Personen.

Prämie: 1 Erwachsene/r EUR 3,50

1. Kind EUR 5,07; jedes weitere Kind EUR 2,90

(Die Kinderprämie ist maximal für 4 Kinder zu entrichten).

Die einmalige Aufnahmegebühr beträgt EUR 20,- pro Familie.

Diese angeführten Prämien haben nur Gültigkeit, wenn die gesamte Familie zu diesem Tarif versichert ist. Stand August 2006.

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 6 Obliegenheitsverletzung

1. Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.
3. Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalles dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluss weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

§ 11 Fälligkeit

1. Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers

nötigen Erhebungen fällig.

2. Sind diese Erhebungen bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.
3. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

§ 38 Verspätete Zahlung der ersten Prämie

1. Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.

§ 39 Fristbestimmung für Folgeprämie

1. Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach den Absätzen 2, 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.
2. Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zurzeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.
3. Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in

diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der 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.

4. Soweit die in den Absätzen 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

§ 67 Übergang von Ersatzansprüchen

1. Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Rechte hätte Ersatz erlangen können.
2. Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

Verzeichnis der Vertragskrankenhäuser (gilt f. Sonderklasse Zweibettzimmer nach einem Unfall)

Bei welchen Krankenanstalten es sich um Vertragskrankenhäuser im Sinne des gegenständlichen Tarifes handelt, ist dem beigefügten Verzeichnis aller Vertragskrankenhäuser und Vertrageskliniken in Österreich zu entnehmen. Allfällige Änderungen im Krankenhausverzeichnis sind ab der diesbezüglichen schriftlichen Verständigung des Versicherungsnehmers verbindlich.