



muki Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit
A-4802 Ebensee, Rindbachstr. 15, Tel. 06133/8282-0
Fax: 06133/8282-27, office@muki.com, www.muki.com
FN 251897 DVR: 2110857

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB)

für die Krankheitskostenversicherung Tarif WA Kombi (muki Ambulant Exklusiv) Zusatztarif zu Tarifserie MUK N bzw. MUK FP mit Wertsicherung

Tariff Bestimmungen und Leistungen

(Kostenvergütungsbeträge inkl. der
gesetzlich vorgeschriebenen MwSt.)

Wird nachfolgend in den Tarifbedingungen nicht ausdrücklich Abweichendes bestimmt, finden auf alle Versicherungsverträge nach dem gegenständlichen Tarif die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankenkosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB 2005/Fassung 2005) Anwendung. Der Versicherer ersetzt nach Maßgabe der gegenständlichen Tarifbedingungen nachgewiesene Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung auf Grund von Krankheit, Unfall oder Schwangerschaft im nachfolgend umschriebenen Umfang. Voraussetzung für den Abschluss eines Versicherungsvertrages nach dem gegenständlichen Tarif ist, dass der gesamte Familienverband versichert wird und ein Tarif nach MUK N oder MUK FP aufrecht ist.

Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit im Sinne der AVB 2005 beträgt 3 Monate. Die besondere Wartezeit beträgt für Entbindungen, Fehlgeburten, Schwangerschaftsuntersuchungen und -erkrankungen und deren Folgen 6 Monate.

L. Leistungen

L.1 Ambulante Heilbehandlung

Unter den Versicherungsschutz fallen Aufwendungen für

- L.1.1 ambulante ärztliche Behandlung, Hebammenhilfe, Vorsorgeuntersuchungen, Logopädie, Diagnostik und Therapie mit Röntgen, Radium oder Isotopen und Heilbehandlungen im Rahmen der Naturheilverfahren, sofern diese von zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Ärzten verordnet und von diesen oder für die jeweilige Therapieform ausgebildeten und in Österreich zugelassenen Fachkräften vorgenommen werden
- L.1.2 ambulante Behandlung in Tageskliniken im Umfang der jeweils gültigen Fassung des Leistungskatalogs der österreichischen privaten Krankenversicherung, insbesondere des Operationsgruppenverzeichnisses
- L.1.3 ärztlich verordnete und in Österreich registrierte Arzneimittel, Verbandmittel und homöopathische Mittel, sofern diese von einem Arzt im Rahmen einer Behandlung verordnet werden, die den in Punkt 1.1. umschriebenen Voraussetzungen genügt
- L.1.4 ärztlich verordnete Hilfsmittel (Heilbehelfe)

Grundlage der Erstattung ist die saldierte Rechnung des Trägers der gesetzlichen Pflichtversicherung. Jene Kosten, die über die Höhe dessen, was vom gesetzlichen Sozialversicherungsträger erstattet wird, hinausgehen, werden zu 80% und maximal bis zu jenem Höchstsatz pro Kalenderjahr erbracht, der sich aus der Leistungsübersicht zur jeweils gewählten Tarifvariante ergibt. Leistet der Sozialversicherungsträger nicht, werden 80% des Rechnungsbetrages bis zum tariflichen Höchstsatz in Höhe von € 600,00 pro Kalenderjahr erstattet.

L.2 Leistungen für Sehbehelfe

Die Kosten für Sehbehelfe (Brillen und Kontaktlinsen) werden abweichend davon innerhalb des in L.1 genannten Höchstbetrages zu 80% und maximal bis zur Höhe von € 150,00 pro 2 Kalenderjahre erstattet.

Leistungsausschlüsse

Keine Leistungen werden erbracht für zahnmedizinische und kieferorthopädische Behandlungen, medizinisch nicht indizierten Schwangerschaftsabbruch, Heilmassagen sowie für bloße Nahrungsergänzungs-, Stärkungs- oder Anregungsmittel und Mittel, deren Zusammensetzung nicht preisgegeben wird. Außerdem sind Aufwendungen für Badezusätze, Desinfektionsmittel, Kosmetika oder rein kosmetische Maßnahmen, empfängnisverhütende Mittel, Brunnenkuren, Heilwässer, die Beschaffung oder Miete aller Arten von Heilapparaten sowie sanitären und medizinischen Bedarfsartikeln nicht erstattungsfähig.

Auch Kosten für Hin- und Rückfahrten zum Arzt oder zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus (außer Transportkosten zum nächst erreichbaren Arzt oder Krankenhaus in Notfällen und bei Gehunfähigkeit) sowie Reinigungs- und Pflegemittel für Sehbehelfe oder Ladegeräte für elektrische Geräte werden nicht übernommen. Allfällige weitere Leistungsausschlüsse, Leistungseinschränkungen oder Mäßigungsrechte des Versicherers nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankenkosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB 2005/Fassung 2005) bleiben aufrecht.

E. Ergänzungsbestimmungen

Leistungs- und Prämienanpassungen

Der Versicherer verpflichtet sich, die Leistungen und Prämien bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen so weit anzupassen, wie dies erforderlich ist, um dem Versicherungsnehmer (Versicherten, Mitversicherten) den Versicherungsschutz in seinem vollen Umfang zu erhalten.

Für die Veränderung der Prämien oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinne des § 178 f. VersVG sind unter anderem:

Eine Veränderung der durchschnittlichen Lebenserwartung; eine Veränderung der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der tariflich vorgesehenen und deren Aufwändigkeit, bezogen zu die zu diesem Tarif Versicherten; eine Veränderung des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenerstattungen der gesetzlichen Sozialversicherungen; eine Veränderung 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; eine Veränderung des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Darüber hinaus behält sich der Versicherer eine Prämien- und Leistungsanpassung auf der Basis der Entwicklung des Verbraucherpreisindex von Statistik Austria vor, wobei jener des vorangegangenen Kalenderjahres bzw. jener, welcher der letzten Anpassung zu Grunde lag, herangezogen wird.

Eine Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung des Versicherers, welche den Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten hat, schriftlich widerspricht. Im Falle eines Widerspruches ist der Versicherer späterhin nicht mehr verpflichtet, eine Anpassung der Versicherungsleistung zu gewähren. Darüber hinaus wird eine Direktverrechnung nicht mehr durchgeführt, die Kostengarantien können nicht mehr in vollem Umfang zugesagt werden und darüber hinaus ist eine spätere Anpassung nicht mehr möglich.

Der Widerspruch kann jedoch vom Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung zurückgezogen werden. In diesem Fall tritt die Anpassung in der ursprünglichen Form und zum ursprünglichen Zeitpunkt wieder in Kraft. Die neuen Leistungen und Prämien werden zum 1. jenes Monats wirksam, welcher auf die schriftliche Behandlung des Widerspruches durch den Versicherungsnehmer folgt.