



Besondere Versicherungsbedingungen (BVB)

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

Tarifbestimmungen und Leistungen (Kostenvergütungsbeträge inkl. 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. Abweichend von § 10 Abs. 2 der AVB 2005 ist für jede nach dem gegenständlichen Tarif versicherte Person die tarifmäßige Prämie zu entrichten.

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, Heilmittel und Heilbehelfe

Die Kosten für ambulante Heilbehandlung, Heilmittel und Heilbehelfe werden bis zum Höchstsatz von jährlich € 600,00 erstattet. Grundlage der Erstattung ist die saldierte Rechnung des Trägers der gesetzlichen Pflichtversicherung. Jene Kosten, die über die Höhe dessen, was vom gesetzlichen Sozialversicherungsträger hinaus erstattet wird, hinausgehen, werden zu 80% und maximal bis zu jenem Höchstsatz pro Versicherungsjahr erbracht, der sich aus der Leistungsübersicht ergibt. Leistet der Sozialversicherungsträger nicht, werden 80% des Rechnungsbetrages bis zum tariflichen Höchstsatz erstattet.

Unter den Versicherungsschutz fallen Aufwendungen für

L.1.1 Heilmittel

Heilmittel im Sinne dieses Tarifes sind nachfolgend aufgeführte Stoffe, Verfahren und Behandlungen, von denen eine heilsame Wirkung auf den Patienten ausgehen soll, 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.

Ambulante ärztliche Behandlung

Hebammenhilfe

Vorsorgeuntersuchungen

Diagnostik und Therapie

mit Röntgen, Radium, Ultraschall, MRT oder Isotopen

Heilmittel der Ergotherapie

Motorisch-funktionelle Behandlung

Sensomotorisch-perzeptive Behandlung

Logopädie

Stimmtherapie

Sprechtherapie

Sprachtherapie

Traditionelle Chinesische Medizin

(nur Behandlung, keine Arzneimittel)

Reittherapie

Bestrahlungen

Heilgymnastik

Bachblüten

Akupunktur

Homöopathie

Heilmittel der Physikalischen Therapie

Bewegungstherapie

Traktionsbehandlung

Elektrotherapie

Kohlensäurebäder

Inhalationstherapie

Höhlentherapie

Thermotherapie

Cranio-Sacrale Therapie

Chirotherapie

Osteopathie

L.1.2 Ambulante Behandlung in Tageskliniken

im Umfang der jeweils gültigen Fassung des Leistungskatalogs der österreichischen privaten Krankenversicherung, insbesondere des Operationsgruppenverzeichnisses, wobei im Sinne des Pkt. 2.6.1 der VB 2006 zu Tarif MUK FP (VB 2004 zu Tarif MUK N) eine Vergütung für ambulante Operationen bis zur Operationsgruppe IV geleistet wird.

L.1.3 Ärztlich verordnete Arzneimittel, Verbandmittel und homöopathische Mittel

sofern diese in Österreich registriert sind und von einem Arzt im Rahmen einer Behandlung verordnet werden, die den in Punkt L.1.1 umschriebenen Voraussetzungen genügt

L.1.4 Nachfolgend aufgeführte ärztlich verordnete Hilfsmittel (Heilbehelfe)

Hörgeräte	Leibbinden	Bauchmieder
Arm- und Beinprothesen	Gummistrümpfe	Perücken
Rollstühle	Orthopädische Korsette	Nacht- und Übungsschienen
Krankenfahrräder	Orthopädische Schuheinlagen	Sprechgeräte
Stützapparate	Bandagen	Spezial- und Pflegebetten
Bruchbänder	Badelifte	Stützstrümpfe
Milbenschutzbezüge	Gehhilfen	Spreizhosen, -schalen und -wagenaufsätze

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 Versicherungsjahre erstattet.

Leistungsausschlüsse

Keine Leistungen werden erbracht für Psychotherapie, 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, nicht notwendige oder unangemessene Gegenstände oder Gegenstände von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen sowie sonstige bloße Gebrauchsgegenstände und zur Körper- und Krankenpflege dienende Apparate und Behelfe, die Beschaffung oder Miete aller Arten von Heilapparaten, Trainings- und Selbsttherapiegeräten sowie sanitären und medizinischen Bedarfsartikeln sowie Diagnosegeräte nicht erstattungsfähig.

Auch Kosten für Hin- und Rückfahrten zum Arzt oder zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus 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. Rezeptgebühren sind nicht erstattungsfähig, da diese keinen Teil des Medikamentenpreises, sondern ein Serviceentgelt zu Gunsten der Krankenkassen darstellen und den Zweck erfüllen sollen, einen maßhaltenden und verantwortungsvollen Umgang mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln sicherzustellen.

E. Ergänzungsbestimmungen

Leistungs- und Prämienanpassungen

Der Versicherer verpflichtet sich, die Leistungen und Prämien bei Vorliegen der entsprechenden Voraussetzungen gem. § 178f. VersVG (vgl § 18 AVB 2005-Fassung 2005) so weit anzupassen, wie dies erforderlich ist, um dem Versicherungsnehmer (Versicherten, Mitversicherten) den Versicherungsschutz in seinem vollen Umfang zu erhalten.

Höchstbeitrittsalter

Das Höchstbeitrittsalter beträgt 60 Jahre.