

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB)

für die Krankenkostenversicherung

Wahlarzt **Ambulant**

mit Wertsicherung (Fassung 07/2009)

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 2009) 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. 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 drei Monate. Die besondere Wartezeit beträgt für Entbindungen, Fehlgeburten, Schwangerschaftsuntersuchungen und -erkrankungen und deren Folgen sechs Monate, für psychotherapeutische Heilbehandlungen acht Monate.

L. Leistungen

L.1. Ambulante Heilbehandlung, Heilmittel und Heilbehelfe

Die Kosten für ambulante Heilbehandlung, Heilmittel und Heilbehelfe werden bis zu nachfolgend bezeichneten jährlichen Höchstsätzen vergütet:

Wahlarzt <i>Ambulant</i> Standard (WA-S)	€ 600,00
Wahlarzt <i>Ambulant</i> Standard-Plus (WA-SP)	€ 1.200,00
Wahlarzt <i>Ambulant</i> Premium (WA-P)	€ 2.400,00
Wahlarzt <i>Ambulant</i> Premium-Exklusiv (WA-PE)	€ 4.800,00

Grundlage der Erstattung ist die saldierte Rechnung des Trägers der gesetzlichen Pflichtversicherung (vgl. § 7. Abs.1. AVB 2005). 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. Heilbehandlungen

Heilbehandlungen im Sinne dieses Tarifes sind nachfolgend angeführte Verfahren und Behandlungen, von denen eine heilsame Wirkung auf den Patienten ausgehen soll, sofern diese

von zur selbständigen 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

Behandlungen im Rahmen 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

Behandlungen im Rahmen der Physikalischen Therapie

- Bewegungstherapie
- Chirotherapie
- Cranio-Sacrale-Therapie
- Elektrotherapie
- Höhlentherapie
- Inhalationstherapie
- Kohlensäurebäder
- Osteopathie
- Thermotheapie
- Traktionsbehandlung

L.1.2. Ambulante Behandlung in Tageskliniken

Aufwendungen gemäß Operationsgruppen-Verzeichnis der privaten Krankenversicherungen für medizinisch notwendige ambulante Operationen werden jährlich im Rahmen des Pkt. L.1. bis zu nachfolgend angeführten Höchstsätzen für die jeweilige Operationsgruppe ersetzt.

	Standard	Standard Plus	Premium	Premium Exklusiv
Operationsgruppe I/II	€ 150,00	€ 220,00	€ 360,00	€ 650,00
Operationsgruppe III/IV	€ 300,00	€ 560,00	€ 940,00	€ 1.680,00
Operationsgruppe ab V	€ 450,00	€ 840,00	€ 1.600,00	€ 3.300,00

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 und die den in Punkt L.1.1. umschriebenen Voraussetzungen genügen.

L.1.4. Nachfolgend angeführte ärztlich verordnete Hilfsmittel (Heilbehelfe)

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

L.2. Leistungen für Sehbehelfe

Die Kosten für Sehbehelfe (Brillen und Kontaktlinsen) werden abweichend davon innerhalb des unter L.1. genannten Höchstbetrages zu 80% und maximal bis zu jenem Höchstsatz pro 2 Versicherungsjahre, der sich aus der jeweiligen Tarifvariante ergibt, vergütet:

Wahlarzt <i>Ambulant</i> Standard (WA-S)	€ 150,00
Wahlarzt <i>Ambulant</i> Standard-Plus (WA-SP)	€ 350,00
Wahlarzt <i>Ambulant</i> Premium (WA-P)	€ 600,00
Wahlarzt <i>Ambulant</i> Premium-Exklusiv (WA-PE)	€ 900,00

Dies wird auf den jährlichen Gesamthöchstsatz (sh. L.1.) angerechnet.

L.3. Leistungen für psychotherapeutische Heilbehandlungen

Die Kosten für ärztlich verordnete psychotherapeutische Heilbehandlung durch niedergelassene approbierte Fachärzte für Psychotherapie, psychotherapeutische Medizin oder Kinder- und Jugendpsychotherapie, werden innerhalb des unter L.1. aufgeführten Jahreshöchstbetrages zu 80% und maximal bis zu jenem Höchstsatz pro Versicherungsjahr erbracht, der sich aus der jeweiligen Tarifvariante ergibt:

Wahlarzt <i>Ambulant</i> Standard (WA-S)	keine Leistung
Wahlarzt <i>Ambulant</i> Standard-Plus (WA-SP)	€ 350,00
Wahlarzt <i>Ambulant</i> Premium (WA-P)	€ 600,00
Wahlarzt <i>Ambulant</i> Premium-Exklusiv (WA-PE)	€ 900,00

Dies wird auf den jährlichen Gesamthöchstsatz (sh. L.1.) angerechnet.

Leistungsausschlüsse:

Keine Leistungen werden erbracht für zahnmedizinische und kieferorthopädische Behandlungen, Impfungen jeglicher Art, 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 Krankenkostentagegeldversicherung (AVB 2005/Fassung 2009) bleiben aufrecht. Darüber hinaus erfolgt keine Erstattung von Rezeptgebühren.

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 2009) 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.