

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB)

Wertgesicherter Krankenkostentarif SOE 2 B/21 mit Anpassungsklausel

für Versicherte der SVS (Fassung 01/2026)

Die gegenständlichen BVB stellen das konkrete und den Umfang der darin enthaltenen Leistungen erschöpfend aufzählende Leistungsverzeichnis zum gewählten Tarif dar, der seinerseits auf der Grundlage der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB) in der jeweils geltenden Fassung aufbaut. Abweichungen von diesen AVB sind nur vorgesehen, soweit sie ausdrücklich in den gegenständlichen BVB angesprochen werden. Versicherungsfähig nach dem gegenständlichen Tarif sind ausschließlich Personen, die ihren Hauptwohnsitz in Österreich haben und der SVS als gesetzlicher Pflichtversicherung angehören. Das Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen bestimmt sich aus dem Inhalt der AVB. Erst wenn dieses bezogen auf den jeweiligen Versicherungsfall festgestellt werden kann, erbringt muki Leistungen nach der gegenständlichen Tarifbeschreibung. Auf Anfrage wird dem Versicherten das aktuelle Operationskostenverzeichnis ausgefolgt.

Besondere Honorare im Sinne des § 46 Krankenanstaltengesetz sind in keinem Falle vom Versicherungsschutz umfasst.

Wartezeiten

Die Wartezeiten werden ab Versicherungsbeginn gerechnet. In Abänderung von § 4 AVB 2005 entfällt die allgemeine Wartezeit. Die besondere Wartezeit für Untersuchungen, stationäre und ambulante Heilbehandlungen im Zusammenhang mit Schwangerschaften, Entbindungen oder Fehlgeburten sowie für die Gewährung einer Geburtskostenbeihilfe beträgt nach diesem Tarif 9 Monate.

Kostendeckungszusagen

Erteilte Kostendeckungszusagen können seitens muki frühestens zum 1. Dezember des jeweiligen Kalenderjahres widerrufen werden, sofern nicht ausdrücklich in der Polize oder einer Nachtragspolize ein anderer frühestmöglicher Widerrufstermin angegeben wird. Der schriftliche Widerruf der Kostendeckungszusagen wird nach Ablauf der im Gesetz bestimmten Frist wirksam. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen, die vor Eintritt der Wirksamkeit des Widerrufs begonnen haben, ist er ohne Belang.

Die oben bezeichneten Kostendeckungszusagen gelten, solange dieser Tarif gemäß § 18 AVB 2005 angepasst wird und bis zu dem Zeitpunkt, zu dem sie frühestens widerrufen werden können und widerrufen werden und der gesetzliche Krankenversicherungsträger die anteiligen Kosten direkt mit muki verrechnet. Der Versicherungsnehmer tritt seinen Anspruch gegenüber dem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung auf anteilige Kosten für die Sonderklasse/Zweibettzimmer an muki ab.

Vertragskrankenhäuser, Vertragstageskliniken und Vertragsärzte

Vertragskrankenhäuser sind alle im Vertrags Krankenhausverzeichnis nach diesem Tarif bezeichneten Krankenanstalten. Tritt durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag – insbesondere Vereinbarungen der einzelnen Krankenanstalten mit dem VVO – eine Änderung in der Regelung der Krankenhausgebühren und Arzthonorare ein, ändert sich dadurch insbesondere deren Höhe, oder wird eine gegebene Kostendeckungszusage widerrufen, endet auch die Eigenschaft der betroffenen Klinik als Vertrags Krankenhaus. Als Vertragstageskliniken und Vertragsärzte

nach dem gegenständlichen Tarif gelten die im Vertragstagesklinikenverzeichnis bzw. in der Vertragsärzteliste bezeichneten Anstalten und Praxen, solange eine gegebene Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird. Bei Erfüllung der Leistungsvoraussetzungen stellt muki eine Kostenverpflichtungserklärung aus und verrechnet die erstattungsfähigen Kosten direkt mit der Krankenhausverwaltung bzw. mit dem jeweiligen Vertragsarzt oder der Vertragstagesklinik.

Versicherungsschutz im Ausland

Der Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten entfällt für Versicherte, die ihren Hauptwohnsitz im Ausland haben, bei Auslandsaufenthalten von mehr als 3 Monaten, bei Montagearbeiten, Expeditionen, extreme Bergfahrten, der Teilnahme an bewaffneten Auseinandersetzungen und Unruhen, ferner für Schwangerschaftskomplikationen oder für Krankheiten und Unfälle, die ihre Ursache in der Begehung gerichtlich strafbarer Vorsatzdelikte oder grob fahrlässigem Handeln haben (z.B. Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch, Nichteinhalten empfohlener Schutzimpfungen, Aufenthalt in Kriegsgebieten oder solchen, für die eine Reisewarnung besteht). muki haftet darüber hinaus nicht für einen verhinderten oder verspäteten Rücktransport in Folge höherer Gewalt, Krieg, innerer Unruhen sowie Eingriffen von Ämtern und Behörden.

Heilbehandlung

Heilbehandlung im Sinne dieses Tarifes ist der Sammelbegriff für alle Maßnahmen, die der Wiederherstellung eines intakten Gesundheitszustandes dienen. Unter den Begriff der ambulanten Heilbehandlung sind daher unter anderem ärztliche Beratungen, Untersuchungen, Diagnoseverfahren (z.B. Röntgendiagnose), Therapieformen (z.B. Strahlentherapie), ambulante Operationen oder die Verabreichung von Arzneien, Verbänden, Heil- oder Hilfsmitteln sowie Transportkosten zu subsumieren. Im Rahmen der stationären Heilbehandlungen fallen auch die Unterbringung, Verpflegung und Behandlung, Arzt- und Operationskosten in Krankenanstalten unter den Begriff der Heilbehandlung.

Entbindungen oder Heilbehandlungen im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft sind nach Maßgabe der jeweils geltenden AVB sowie des gegenständlichen Leistungskatalogs vom Versicherungsschutz mit umfasst.

I. Leistungen in Österreich

Art und Umfang des Versicherungsschutzes für stationäre (S) und ambulante (A) Heilbehandlungen regeln die Bestimmungen des § 5 AVB in der jeweils geltenden Fassung. muki gewährt im Rahmen des gegenständlichen Tarifes Leistungen wie folgt:

S. Stationäre Heilbehandlung/Entbindung

Erstattet wird jener Differenzbetrag, der sich aus den Mehrkosten für die Sonderklasse/Zweibettzimmer gegenüber den Kosten für die Leistungen der SVS ergibt. Bei einer medizinisch indizierten stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt – nicht jedoch für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- oder Kieferregulierung – fallen unter den Versicherungsschutz des gegenständlichen Tarifes die Aufwendungen im Krankenhaus für Unterkunft und Verpflegung, für Behandlung, allgemeine

Krankenhausleistungen sowie für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

S.1. Erstattung bei stationärer Heilbehandlung in einem Vertragskrankenhaus (Kostendeckungsgarantie)

muki erstattet die Differenz auf jene Kosten und Nebenkosten für Honorare, Behandlungen, Pflegegebühren, Bestrahlungen und andere Leistungen für stationäre Behandlung, die auf Grund der jeweils geltenden Gesetze, Verordnungen und Verträge durch die SVS übernommen werden, auch wenn im Einzelfall die tariflichen Leistungen nicht zur vollen Kostendeckung ausreichen sollten. Erstattet werden auch Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen anlässlich einer ambulanten Aufnahme- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus, die im Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung stehen, soweit diese im Rahmen der jeweils anzuwendenden und geltenden Gebühren- und Honorarordnung für Ärzte liegen. Wird für eine versicherte Person bis zum vollendeten 12. Lebensjahr ein stationärer Krankenhausaufenthalt erforderlich, werden die Kosten für eine Begleitperson in voller Höhe erstattet, bei medizinischer Notwendigkeit max. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. In Abänderung des § 5 (21) AVB wird die Erstattungsleistung auch dann gewährt, wenn die Begleitperson selbst nicht versichert ist.

S.2. Erstattung bei stationärer Heilbehandlung in einem anderen Krankenhaus

S.2.1. In Bezug auf die Pflegegebühren wird der Differenzbetrag, der sich aus den Mehrkosten für Sonderklasse/Zweibettzimmer gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt, bis zu einem täglichen Höchstbetrag von € 92,00 erstattet.

S.2.2. In operativen Fällen vergütet muki die Operationskosten entsprechend dem jeweils zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles maßgebenden Operationskostenverzeichnis bis zu folgenden festen Höchstbeträgen:

Operationsgruppe I	bis	€ 274,00
Operationsgruppe II	bis	€ 408,00
Operationsgruppe III	bis	€ 668,00
Operationsgruppe IV	bis	€ 1.200,00
Operationsgruppe V	bis	€ 1.592,00
Operationsgruppe VI	bis	€ 2.276,00
Operationsgruppe VII	bis	€ 3.026,00
Operationsgruppe VIII	bis	€ 4.236,00

S.2.3. Werden Röntgen-, Tiefen- oder Radiumbestrahlungen an Stelle einer Operation durchgeführt, erfolgt eine Vergütung bis zum halben Ausmaß der jeweiligen Operationsgruppe.

S.2.4. Darüber hinaus werden Behandlungs- und Nebenkosten, die über die Pflegegebühren hinaus anfallen, in operativen Fällen für die Dauer eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthalts oder Entbindung bis zu einem Höchstbetrag von € 46,00 pro Tag erstattet, in nicht operativen Fällen bis zum Höchstbetrag von € 70,00. Ist in nicht operativen Fällen eine interne Behandlungspauschale vereinbart, wird nach dieser bis zum Höchstbetrag von € 517,00 vergütet.

S.2.5. In Fällen von Organtransplantationen und kombinierter Krebsbehandlung (Operationen ab Operationsgruppe IV in Verbindung mit Strahlenbehandlung und/oder Chemotherapie) werden an Stelle aller anderen Leistungen im Sinne der Pkt. S.2.1. – S.2.4. Vergütungen bis zum Höchstbetrag von € 6.385,00 pro Versicherungsfall erbracht.

S.3. Geburtskostenbeihilfe

Sind für eine Entbindung keinerlei Kosten zu vergüten, bezahlt muki gegen Vorlage einer Geburtsurkunde eine Geburtskostenbeihilfe in Höhe von € 1.444,00. Bei Mehrlingsgeburten wird für jede zusätzliche Geburt die Hälfte geleistet.

Der Leistungsanspruch für Geburtskostenbeihilfe besteht erst ab Vollendung des 19. Lebensjahres.

S.4. Kostenersatz für Begleitperson

Leistungen im Sinne des Pkt. S.1. werden in anderen Krankenhäusern bis zur Höhe von € 59,00 pro Tag erstattet.

S.5. Ersatztagegeld

Ohne Kostennachweis räumt muki dem Versicherten für die gesamte Dauer eines stationären Aufenthalts einen Anspruch auf die Bezahlung von Krankenhaustagegeld ein, sofern keine Kostenerstattung im Sinne der Art.S.1. – S.3. in Anspruch genommen wurde. Der Höchstbetrag für erwachsene Versicherte beträgt pro Aufenthaltstag € 98,00 und für Personen bis zum vollendeten 19. Lebensjahr € 49,00. Bei Verlegung der versicherten Person von einer Gebührenklasse in die andere während eines zusammenhängenden stationären Krankenhausaufenthalts werden nach Maßgabe des Günstigkeitsprinzips zu Gunsten der jeweils versicherten Person wahlweise die angefallenen erstattungsfähigen Aufwendungen im Sinne der Art. S.1. – S.3. oder das Ersatztagegeld bezahlt.

A. Ambulante Heilbehandlungen

In Abänderung des § 5 (11) AVB 2005 umfasst der Versicherungsschutz auch in diesem Rahmen durchführbare operative Heilbehandlungen und Entbindungen in Arztpraxen oder Tageskliniken, wenn auf diese Weise nachweislich eine stationäre Heilbehandlung vermieden werden kann.

A.1. Erstattung in einer Vertragstagesklinik oder bei einem Vertragsarzt

Anstelle aller anderen Leistungen erstattet muki die vertraglich festgesetzten Kosten abzüglich allfälliger vom Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder auf Grund eines Sozialversicherungstarifs erbrachter Erstattungsbeträge, auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen nicht ausreichen sollten, um die vollen Kosten zu decken.

A.2. Erstattung in einer anderen Arztpraxis oder Tagesklinik

Entsprechend dem jeweils zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles maßgebenden Operationskostenverzeichnis erstattet muki Operationskosten bis zu den genannten Höchstbeträgen:

Operationsgruppe I	bis	€ 125,00
Operationsgruppe II	bis	€ 218,00
Operationsgruppe III	bis	€ 528,00
Operationsgruppe IV	bis	€ 1.254,00
Operationsgruppe V	bis	€ 1.729,00
Operationsgruppe VI	bis	€ 2.020,00

Werden wegen desselben Krankheitsgeschehens oder unter einer Schmerzbetäubung mehrere operative Eingriffe durchgeführt, steht für die gemäß dem genannten Verzeichnis am höchsten einzustufende Operation der volle, für jede weitere der halbe Vergütungssatz zur Verfügung. Dabei wird maximal das Doppelte des Satzes für die am höchsten eingestufte Operation erstattet.

A.3.1. Vergütungen von Behandlungskosten für diagnostische Maßnahmen

Bis zum Höchstbetrag von € 462,00 werden auch Behandlungskosten für diagnostische Maßnahmen vergütet, die unter Anwendung der Computertomographie, Kernspintomographie, der Endoskopie bzw. interventionellen Endoskopie oder von Isotopen erfolgen, außerdem Serienbehandlungen auf dem Gebiet der Infusions- oder Chemotherapie bis zum Höchstbetrag von € 1.056,00 pro Versicherungsfall.

A.3.2. Unterstützung bei der Einholung einer medizinischen Zweitmeinung

1. Zur Einholung einer ärztlichen/therapeutischen Zweitmeinung kann die muki 24h-Hilfe unter der Tel. 01 364 4 364 (aus dem Ausland Tel. 0043 1 364 4 364) rund um die Uhr in Anspruch

genommen werden. Diese organisiert die Einholung einer ärztlichen/therapeutischen Beratung (Zweitmeinung).

2. Die ärztliche/therapeutische Beratung (Zweitmeinung) wird erbracht, wenn die medizinische/therapeutische Behandlungsbedürftigkeit durch entsprechende medizinische Unterlagen nachgewiesen wird, aus denen hervorgeht, dass aufgrund der Diagnose und der Befunde eine Behandlung medizinisch/therapeutisch notwendig ist. Diese Beratung kann jede versicherte Person einmal pro Versicherungsjahr in Anspruch nehmen. Die Kosten der vermittelten Dienstleistungen sind von der versicherten Person selbst zu tragen und fallen nicht unter den Versicherungsschutz.
3. Auf Wunsch der versicherten Person ist es auch möglich, dass der erstmalige Kontakt mit dem ärztlichen/therapeutischen Dienstleister seitens der muki 24h-Hilfe hergestellt wird. Die muki 24h-Hilfe ist lediglich für die erste Kontaktaufnahme zuständig, in weiterer Folge wendet sich der Versicherungsnehmer selbst direkt an den ärztlichen/therapeutischen Dienstleister.
4. Der Versicherer hat keine Verpflichtung, die Verfügbarkeit der ärztlichen/therapeutischen Dienstleistung innerhalb eines bestimmten Zeitraumes oder in einem bestimmten Umfang sicherzustellen.
5. Wenn eine Operation medizinisch erforderlich und geplant ist, werden durch den Versicherer Kosten in Höhe von max. € 198,00 je Versicherungsjahr und je versicherter Person für die im Rahmen der muki 24h-Hilfe eingeholten fachärztlichen Zweitmeinung geleistet.

A.4. Hauspflege

Die Hauspflege gilt in Abänderung der Bestimmungen des § 1 (2.4) AVB 2005 als Versicherungsfall. Im Anschluss an eine ambulante operative Heilbehandlung gemäß Pkt. A.1. oder A.2. wird je nach Art des chirurgischen Eingriffes ab Operationsgruppe III eine Pflegepauschale bezahlt, sofern eine ärztliche Anordnung erfolgt ist. Die Erstattung erfolgt bis zu folgenden Höchstbeträgen:

Operationsgruppe III	bis	€ 145,00
Operationsgruppe IV	bis	€ 244,00
Operationsgruppe V	bis	€ 462,00
Operationsgruppe VI	bis	€ 594,00

K. Kur- und Erholungskostenzuschuss

- K.1. Wird für Versicherte die Prämie für Erwachsene bezahlt, entrichtet muki für ärztlich verordnete Kur- und Erholungsaufenthalte einen Tagessatz in Höhe von € 69,00 für die Dauer des von der Sozialversicherung genehmigten Aufenthalts, längstens aber für die Dauer von 28 Tagen. Kinder erhalten bis zur genannten Höchstdauer einen Tagessatz in der Höhe von € 23,00. Voraussetzung für die Leistung von Kur- und Erholungszuschüssen ist die Genehmigung eines Aufenthalts in einem Kur- oder Erholungsheim bzw. eines Zuschusses für den Aufenthalt in einem Kurort durch den sachlich zuständigen Träger der gesetzlichen Sozialversicherung, nicht ausreichend ist die bloße Bewilligung von Kurmitteln. Die Dauer des Aufenthalts ist durch eine Aufenthaltsbestätigung nachzuweisen, die von der Verwaltung des Kur- oder Erholungsheimes oder vom Gemeinderat jener Gemeinde, in welcher die Einrichtung gelegen ist, ausgestellt wurde.
- K.2. Bei einem Aufenthalt in einem Kurzentrum oder einem Gesundheitshotel wird dem Versicherten für ärztlich verordnete physikalische Therapien gegen Vorlage einer saldierten Rechnung ein Tagessatz pro Aufenthaltstag in Höhe von bis zu € 56,00 und längstens für die Dauer von 28 Tagen pro Kalenderjahr bezahlt, wenn die bezeichneten Einrichtungen unter ärztlicher

Leitung stehen und in ihnen Therapiebehandlungen durchgeführt werden. Die Vergütung erfolgt jedoch nur bis zur Höhe der tatsächlich aufgelaufenen Therapiekosten und wenn kein Anspruch im Sinne des Pkt. A.1. besteht. Ordinations- und Aufenthaltskosten werden nicht vergütet.

T. Transport/Bergung

T.1. Transport

Notwendige Kosten für den Transport vom und zum Krankenhaus (mittels Rettungsfahrzeugs oder Krankentaxis) sowie weitere Krankentransporte werden in Abänderung des § 5 (13) AVB 2005 pro Versicherungsfall bis zum Höchstbetrag von € 528,00 erstattet.

T.2. Bergung durch einen Rettungshubschrauber

Bis zum Höchstbetrag von € 5.280,00 pro Versicherungsfall erstattet muki die Kosten, die bei der Bergung eines bei einem Freizeitunfall in den Bergen verunglückten oder in Wassernot geratenen Versicherten durch einen Rettungshubschrauber entstehen, wenn ein Einsatz aus medizinischen Gründen geboten und keine andere zumutbare Rettungsvariante vorhanden war. Es werden lediglich die zusätzlich entstehenden Kosten getragen. Versicherungsschutz besteht auch nur so weit, als seitens des Versicherten nicht bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen oder Institutionen ein vertraglicher oder gesetzlicher Anspruch auf die Kosten des Krankentransportes besteht und die Kosten durch diesen Dritten nicht übernommen werden.

Der Nachweis der Kosten hat mittels Vorlage des Bergungsberichts sowie der Originalbelege zu erfolgen.

II. Leistungen außerhalb Österreichs

W.1. Allgemeine öffentliche Krankenhäuser im EU-Ausland – Kostendeckungsgarantie

(EU-Ausland = Mitgliedstaaten der Europäischen Union)

Bei medizinischer Indikation einer stationären Heilbehandlung oder Entbindung in der Sonderklasse/Zweibettzimmer vergütet muki analog zu Pkt. S.1. abzüglich der satzungsgemäß von der SVS zu erbringenden Leistungen in voller Höhe.

W.2. Nicht öffentliche Krankenhäuser im EU- und alle Krankenhäuser im Nicht-EU-Ausland (weltweit)

muki übernimmt bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung oder Entbindung in Krankenhäuser im Nicht-EU-Ausland sowie in nicht allgemeinen öffentlichen Krankenanstalten im EU-Ausland die vollen Kosten analog zu Pkt. S.1., abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen des Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung einschließlich der Transportkosten für die Hin- und Rückreise, wenn die Behandlung auf Grund des medizinischen Standards in Österreich nicht möglich ist. Voraussetzung für die Übernahme der Transportkosten ist, dass der Transport von muki bzw. von einem von muki beauftragten Unternehmen organisiert wird.

Sind die Voraussetzungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nicht gegeben und/oder wäre eine Behandlung in Österreich nach dem zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles vorhandenen Stand der Medizin möglich, vergütet muki nach Maßgabe der Pkt. S.2. – S.5.

III. Zusatzleistungen bei Reisen und Auslandsaufenthalten

R.1. Rücktransport aus dem Ausland

Wird der Rücktransport eines Versicherten aus dem Ausland zum Zwecke einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Österreich ärztlich angeordnet oder ist dieser medizinisch begründet – etwa bei einer lebensbedrohenden Erkrankung oder Unfallfolge oder wenn die medizinische

Versorgung dort unzureichend ist – ersetzt muki jene Kosten des Rücktransports, auf deren Erstattung nicht bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen oder Institutionen ein vertraglicher oder gesetzlicher Anspruch besteht und die durch diesen Dritten nicht übernommen werden.

Gleiches gilt, wenn ein stationärer Aufenthalt in einem ausländischen Krankenhaus von mehr als 5 Tagen zu erwarten ist. Ersetzt werden auch die Rücktransportkosten einer dem Versicherten nahestehenden Begleitperson (Ehegatte, Lebensgefährte oder -partner, Elternteil, Kind). In anderen Fällen werden nur die zusätzlich entstehenden Kosten ersetzt. Voraussetzung für die Gewährung von Versicherungsschutz ist, dass die Organisation und Durchführung des Krankenrücktransports aus dem Ausland durch und über die muki 24h-Hilfe abgewickelt wird. Diese ist über die auf der Notfallkarte angegebene Notrufnummer Tel. 01 364 4 364 (aus dem Ausland Tel. 0043 1 364 4 364) rund um die Uhr zu erreichen.

Geht die Abwicklung nicht über das beauftragte Unternehmen vonstatten oder besteht kein Vertrag mehr mit diesem, werden die Kosten pro Versicherungsfall bis zum Höchstbetrag von € 5.280,00 erstattet.

Der Antrag auf Durchführung eines Krankenrücktransports aus dem Ausland ist an muki oder an das gemäß R.1. von muki beauftragte Unternehmen zu richten. Voraussetzung für die positive Bearbeitung ist, dass der Versicherungsschutz aufrecht ist. Antragsberechtigt sind: der im Ausland erkrankte oder verunfallte Versicherte selbst, einer seiner Angehörigen oder der behandelnde Arzt. Über die Notwendigkeit des Rücktransportes entscheidet muki bzw. das von muki beauftragte Unternehmen im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt. Ergibt die Prüfung, dass sowohl aufrechter Versicherungsschutz für den Krankenrücktransport aus dem Ausland gegeben ist als auch die Voraussetzungen gemäß Pkt. R.1. vorliegen, erfolgt dieser mit einem nach medizinischen Kriterien angemessenen Transportmittel. Liegen die Voraussetzungen nicht vor, kann der Antrag nicht positiv beschieden werden.

R.2. Krankenbesuchsreise und Hilfestellungen vor Ort

R.2.1. Wird aufgrund einer akuten Erkrankung oder als Folge eines Unfalls im Ausland ein mehr als 14-tägiger Krankenhausaufenthalt aus medizinischen Gründen erforderlich und liegen die Voraussetzungen für einen Rücktransport gemäß Pkt. R.1. nicht vor bzw. wird dieser nicht durchgeführt, ersetzt muki die Kosten einer Krankenbesuchsreise einer dem Erkrankten (Verunfallten) nahestehenden volljährigen Person (Ehegatte, Lebensgefährte oder -partner, Elternteil, Kind) zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort sowie die Kosten der An- und Rückreise in einem angemessenen Transportmittel. Nicht ersetzt werden jedoch die Kosten für den Aufenthalt im Ausland.

R.2.2. Wird ein Krankenrücktransport gemäß Pkt. R.1. oder ein Klinikaufenthalt erforderlich, weil der Versicherte im Ausland erkrankt oder auf Grund eines Unfalls entsprechend schwere Verletzungen erleidet, ersetzt muki auch die Kosten für die Herstellung des Kontaktes mit der jeweiligen vor Ort ansässigen österreichischen Vertretungsbehörde (Botschaft oder Konsulat), sofern deren Hilfestellung zur Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung des Erkrankten oder Verunfallten oder der Organisation des Rücktransports erforderlich ist. Liegen diese Voraussetzungen vor, erstattet muki auch die Kosten für die Beistellung einer ortsansässigen Person zum Zweck der Hilfestellung bei der Organisation der notwendigen stationären medizinischen Versorgung oder des Krankenrücktransportes.

R.2.3. Voraussetzung für die Gewährung des Versicherungsschutzes ist, dass die Organisation der Krankenbesuchsreise, die

Kontaktherstellung mit den österreichischen Vertretungsbehörden im Ausland sowie die Beistellung einer ortsansässigen Person durch die muki 24h-Hilfe abgewickelt wird. Diese ist über die auf der Notfallkarte angegebene Notrufnummer Tel. 01 364 4 364 (aus dem Ausland Tel. 0043 1 364 4 364) rund um die Uhr zu erreichen.

R.3. Ambulante ärztliche Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfalls

Wird im Rahmen einer Reise oder einem bis zu 4 Wochen dauernden, vorübergehenden Aufenthalt im Ausland eine ambulante ärztliche Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall erforderlich, werden für diese sowie für in diesem Zusammenhang zu verabreichende Medikamente 100 % der Kosten bis zum Höchstbetrag von € 1.320,00 pro Kalenderjahr erstattet. Nicht geleistet wird für Zahnbehandlungen, Zahnrontgen, Zahnersatz und Kieferregulierungen.

R.4. Überführung eines im Ausland Verstorbenen in seinen Heimatort

muki erstattet die Kosten der Überführung eines im Ausland verstorbenen Versicherten aus dem Ausland in seinen Heimatort. Die Überführung hat auf Auftrag von muki durch die von muki bestimmte Vertragsorganisation zu erfolgen. Wird diese nicht in Anspruch genommen, besteht kein Vertrag mehr mit dieser oder wurde der Transport von Dritten in Eigenregie durchgeführt, werden die Kosten pro Versicherungsfall bis zum Höchstbetrag von € 1.320,00 erstattet.

Ergänzungsbestimmungen zum Tarif SOE

- E.1. Das Höchstalter für den Vertragsabschluss ist das vollendete 60. Lebensjahr.
- E.2. Familienmitgliedern (Ehegatten, Lebensgefährten oder -partnern, Kinder), welche nach einem Spitalskostentarif mit letztgültiger Anpassungsstufe unter einer Versicherungspolize versichert werden, wird ein Rabatt lt. Tarif auf die Prämie gewährt. Die Rabatte entfallen auf den nächstfolgenden Monatsersten, wenn eine dieser Voraussetzungen wegfällt.
- E.3. Stehen mitversicherte Kinder in Ausbildung (Lehre, Studium, usw.) und wird für diese die Familienbeihilfe bezogen, kann die Kinderprämie über Antrag des Versicherungsnehmers noch bis zum Ende des 25. Lebensjahres entrichtet werden. Das Kind muss hierbei mindestens mit einem Elternteil unter einer Policennummer versichert sein. Die Kinderprämie wird ab dem der Antragstellung folgenden Monatsersten in Rechnung gestellt. Die Ausbildung ist bei Antragstellung nachzuweisen, deren Beendigung unverzüglich bekannt zu geben. Während der Dauer der Zahlung der Kinderprämie besteht der Leistungsanspruch nur in dem Ausmaß, das für Kinder vorgesehen ist. Wird die Umstellung in die Kinderprämie nach Vollendung des 18. Lebensjahres widerrufen, kann diese nicht mehr neuerlich beantragt werden.
- E.4. Maßgebend für Leistungs- und Prämienanpassungen sind die Bestimmungen gemäß § 18 AVB. Eine Anpassung des Versicherungsvertrages gemäß § 178 f VersVG berechtigt jedoch nicht zur Kündigung.
- E.5. Wird der Versicherte arbeitslos, kann die Versicherung vom Versicherten zum Ende jenes Monats, mit dem die Arbeitslosigkeit beginnt, mit einem geeigneten Nachweis über die Arbeitslosigkeit gekündigt werden; dies ohne Einhaltung der in den AVB 2005 geregelten Kündigungsfristen.
- E.6. Wurde ein Vertrag für das neugeborene leibliche Kind der versicherten Person im Rahmen der „muki-Baby-Option“ abgeschlossen, so kann dieser Vertrag frühestens nach Vollendung des dritten Lebensjahres des Kindes gekündigt werden.

Besondere Zusatzbestimmungen für die Tarifvarianten SOE 2 B1, SOE 2 B2, SOE 2 B3:

Abhängig vom Hauptwohnsitz der versicherten Person gelten folgende Tarifvarianten:

- SOE 2 B1:** Wien, Österreich: KEIN Selbstbehalt in Österreich & im EU-Ausland
- SOE 2 B2:** Oberösterreich & Salzburg: KEIN Selbstbehalt – Kostendeckung in allen Bundesländern, außer bei Krankenhaus-Aufenthalt in Wien & im EU-Ausland: Selbstbehalt: € 412,00
- SOE 2 B3:** Vorarlberg, Tirol, Kärnten, Steiermark, Niederösterreich, Burgenland
KEIN Selbstbehalt – Kostendeckung in allen Bundesländern, außer bei Krankenhaus-Aufenthalt in Oberösterreich & Salzburg: Selbstbehalt: € 137,00 und in Wien & im EU-Ausland: Selbstbehalt: € 549,00

Ist die Heilbehandlung auf die Folgen eines Unfalls zurückzuführen, so ist seitens der versicherten Person kein Selbstbehalt zu leisten.

Der Selbstbehalt fällt für jede versicherte Person nur einmal pro Kalenderjahr an. Erfolgt im selben Kalenderjahr ein weiterer stationärer Aufenthalt in einem anderen Tarifgebiet mit höherem Selbstbehalt, ist die Differenz aufzuzahlen.

Bei Hauptwohnsitzwechsel bleibt der Vertrag im vereinbarten Tarif unter Berücksichtigung der oben angeführten Selbstbehalte aufrecht. Die versicherte Person kann jedoch ohne neuerliche Risikoprüfung und unter Berücksichtigung des ursprünglichen Eintrittsalters in den ihrem aktuellen Hauptwohnsitzgebiet entsprechenden Tarif wechseln.

Besondere Zusatzbestimmungen für die Tarifvariante SOE 2 VS/21:

Bei Erbringung der in den Punkten S.1., S.2., W.1. und W.2. aufgeführten Leistungen wird pro Versichertem und Kalenderjahr ein Selbstbehalt in Abzug gebracht. Ist die Heilbehandlung auf die Folgen eines Unfalls zurückzuführen, ist seitens des Versicherten kein Selbstbehalt zu tragen.

Die Selbstbehalte sind nach Festbeträgen gestaffelt, die jeweils an jenes Bundesland bzw. jenen ausländischen Staat anknüpfen, auf dessen Territorium sich der Versicherungsnehmer in Behandlung begibt. Sie beziehen sich jeweils auf den Zeitraum eines Kalenderjahres.

Erfolgt im selben Kalenderjahr eine weitere Behandlung in einem Bundesland mit einem höheren Selbstbehalt oder einem ausländischen Staat, ist nur die Differenz zu bezahlen. Insgesamt wird höchstens der im Tarif vereinbarte Selbstbehalt vorgeschrieben.

Die Höhe der Selbstbehalte bestimmt sich im Einzelnen wie folgt:

Wien, EU-Ausland:	€ 823,00
Salzburg:	€ 411,00
Oberösterreich:	€ 411,00
Steiermark:	€ 274,00
Niederösterreich:	€ 274,00
Vorarlberg:	€ 274,00
Burgenland:	€ 274,00
Kärnten:	€ 274,00
Tirol:	€ 274,00

Für Versicherte bis zum vollendeten 19. Lebensjahr wird die Hälfte des Selbstbehaltes berechnet.

ANHANG zu den BVB für den Krankenkostentarif SOE 2 B/21

Wiedergabe der in den BVB erwähnten Gesetzesbestimmungen

Auszug aus dem Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG) StF: BGBl. Nr. 1/1957, BGBl. I Nr. 35/2004

§ 46.

1. Den Vorständen von Universitätskliniken und den Leitern von Klinischen Abteilungen (§ 7 a) ist es gestattet, mit Pfléglingen 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. Die mit den Klinikvorständen (Leitern von Klinischen Abteilungen) vereinbarten Honorare unterliegen nicht § 27 Abs. 4 und 5 sowie § 28.
3. Werden anlässlich wissenschaftlicher Arbeiten im Auftrag Dritter Anstaltspersonal oder Anstaltseinrichtungen in Anspruch genommen, kann der Rechtsträger der Krankenanstalt oder im Falle einer derartigen Kostentragung im Rahmen der Kostenersätze für den klinischen Mehraufwand (§ 55) der Bund als Rechtsträger der Medizinischen Universität eine Vergütung beanspruchen. Die Grundsätze für die Ermittlung dieser Vergütung sind vom Bundesminister für Bildung, Wissenschaft und Kultur durch Verordnung festzulegen. Die Rechtsträger der in Betracht kommenden Krankenanstalten sind vor der Festsetzung dieser Grundsätze zu hören.