

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB)

für die Krankenhaustagegeldversicherung

Krankenhaustagegeldtarif MT/21
Wertgesicherter Tarif (mit Anpassungsklausel)
(Fassung 01/2026)

Erster Abschnitt – Tarifbestimmungen

Werden im Folgenden keine abweichenden Sonderregelungen getroffen, ist die jeweils in Geltung stehende Fassung der Allgemeinen Bedingungen für die Krankenkosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB 2005) relevant für die grundsätzliche Klärung des Bestehens und des jeweiligen Umfangs des Versicherungsschutzes.

Die gegenständliche Krankenhaustagegeldversicherung räumt dem Versicherten einen Anspruch auf die Bezahlung von Krankenhaustagegeld ein, sofern dieser sich einer medizinisch notwendig gewordenen stationären Heilbehandlung in Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten unterziehen musste und ein Kostennachweis nicht erbracht wurde. Zur grundsätzlichen Reichweite des Versicherungsschutzes sei noch einmal explizit auf die Bestimmungen der AVB 2005, insbesondere auf jene des dortigen § 5 verwiesen. Versicherungsverträge nach dem gegenständlichen Tarif können mehrfach abgeschlossen werden.

Vorbehaltlich der Bestimmungen des § 4 der AVB 2005 werden Leistungen erbracht, deren Höhe sich aus dem Zweiten Abschnitt – Leistungen – ergibt.

1. Krankenhaustagegeld

Krankenhaustagegeld nach diesem Tarif wird für jeden Tag eines medizinisch indizierten stationären Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einer Abteilung von Krankenanstalten geleistet.

2. Ersatzleistung bei Geburten

Der Versicherer bezahlt an Stelle aller anderen tariflich vorgesehenen Leistungen eine Geburtskostenbeihilfe in der im Zweiten Abschnitt – Leistungen – festgelegten Höhe, wenn der Versicherte eine gültige Geburtsurkunde vorlegt. Handelt es sich um eine Mehrlingsgeburt, wird für jede weitere Geburt zusätzlich jeweils die Hälfte des Betrages geleistet, der für die Geburt eines einzelnen Kindes bezahlt wird.

Im Sinne des § 4 der AVB 2005 besteht eine Wartezeit im Hinblick auf den Leistungsanspruch für Entbindungen, für Heilbehandlungen, die im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft stehen, für Fehlgeburten sowie für Untersuchungen, die auf Grund einer Schwangerschaft medizinisch erforderlich werden. Die Wartezeit beträgt 9 Monate mit Inkrafttreten des Versicherungsvertrages, wenn eine Frau alleine versichert ist. Wenn der gesamte Familienverband nach dem gleichen Tarif versichert ist, verringert sich die Wartezeit auf 6 Monate.

Ist ein stationärer Krankenhausaufenthalt medizinisch indiziert, der kausal auf eine Geburt zurückzuführen ist, wird ab dem 6. Tag des Aufenthalts, ohne Verfall der zuvor gewährten Geburtskostenbeihilfe, Tagegeld im Sinne des Pkt. 1 in der im jeweiligen Tarif beantragten Höhe bezahlt.

3. Partnerrabatt

Ehegatten, (verschiedengeschlechtlichen) Lebensgefährten oder (gleichgeschlechtlichen) Lebenspartnern wird auf die Prämie ein Rabatt gewährt, wenn sie nach einem Krankenhaustagegeldtarif mit letztgültiger Anpassungsstufe unter einer einheitlichen Versicherungspolizze versichert werden. Dieser Rabatt entfällt, sobald die dafür erforderlichen Voraussetzungen durch rechtskräftiges Scheidungsurteil oder Auflösung der Lebensgemeinschaft oder Lebenspartnerschaft nicht mehr gegeben sind, mit dem auf den Auflösungstatbestand nächstfolgenden Monatsersten.

4. Höchstbeitrittsalter

Das Höchstalter für den Abschluss einer Krankenhaustagegeldversicherung nach dem gegenständlichen Tarif ist das vollendete 60. Lebensjahr.

5. Leistungs- und Prämienanpassung

Für die Leistungs- und Prämienanpassung gelten die Bestimmungen gemäß § 18 AVB 2005.

Zweiter Abschnitt – Leistungen

TARIF MT	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160
Leistungen in Euro																
Krankenhaustagegeld je Aufenthaltstag	14	28	42	56	70	84	98	112	126	140	154	168	182	196	210	224
Geburtskostenpauschale anstelle der anderen Leistungen	70	140	210	280	350	420	490	560	630	700	770	840	910	980	1.050	1.120

Mindestabschluss MT 10 - Die beantragte Tarifvariante ist in der Polizze dokumentiert.