

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) **für die Krankenkostenversicherung** **Wahlarzt Ambulant *Standard*** **mit Wertsicherung (Fassung 07/2026)**

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) Anwendung.

Voraussetzung für den Abschluss eines Versicherungsvertrages nach dem gegenständlichen Tarif ist, dass jede versicherte Person in Österreich gesetzlich pflichtversichert ist und ihr Hauptwohnsitz in Österreich liegt. 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 zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankenkosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB 2005) beschränkt sich der Versicherungsschutz auf Österreich.

Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit von drei Monaten im Sinne der AVB 2005 entfällt. Die besondere Wartezeit beträgt für Entbindungen, Fehlgeburten, Schwangerschaftsuntersuchungen und -erkrankungen und deren Folgen neun Monate, für psychotherapeutische Heilbehandlungen acht Monate.

L. Leistungen

L.1. Voraussetzungen und allgemeine Höchstsätze

Leistungen nach dem gegenständlichen Tarif werden bis zu nachfolgend bezeichneten jährlichen Höchstsätzen vergütet:

- Wahlarzt Ambulant Medium Standard (WA MS 26) € 1.680,00
- Wahlarzt Ambulant Large Standard (WA LS 26) € 4.119,00

Grundlage der Erstattung für die Tarife Wahlarzt Medium Standard und Wahlarzt Large Standard ist die saldierte Abrechnung des Trägers der gesetzlichen Pflichtversicherung (vgl. § 7 Abs. 1 AVB 2005). Der Versicherungsnehmende ist verpflichtet, die eingereichten Kosten zunächst bei der gesetzlichen Pflichtversicherung zur Erstattung geltend zu machen. Leistungen aus der Wahlarztversicherung werden erst nach Vorlage des Erstattungsbescheids bzw. der saldierten Abrechnung der gesetzlichen Pflichtversicherung erbracht. Jene Kosten, die über die vom gesetzlichen Sozialversicherungsträger erstattete Höhe hinausgehen, werden je Leistungsposition zu 80 % und maximal bis zum tariflichen Höchstsatz pro Versicherungsjahr ersetzt.

Erbringt der gesetzliche Sozialversicherungsträger für eine eingereichte Leistungsposition keine Erstattung, werden 80 % des Rechnungsbetrages je Leistungsposition bis zum tariflichen Höchstsatz pro Versicherungsjahr ersetzt.

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.

a) Ambulante ärztliche Behandlung

b) Hebammenhilfe

c) Vorsorgeuntersuchungen

d) Diagnostik und Therapie

- mit Röntgen, Radium, Ultraschall, MRT oder Isotopen
- Bestrahlungen

e) Traditionelle Chinesische Medizin

(nur Behandlung, keine Arzneimittel)

f) Reittherapie

- Hippotherapie
- Heilpädagogisches Reiten
- Ergotherapie mit Pferd

g) Akupunktur

h) Homöopathie

i) Behandlungen im Rahmen der Physikalischen Therapie

- Bewegungstherapie
- Chirotherapie
- Elektrotherapie
- Höhlentherapie
- Inhalationstherapie
- Kohlensäurebäder
- Osteopathie
- Thermotherapie
- Traktionsbehandlung
- Heilgymnastik
- Cranio-Sacrals-Therapie
- Shiatsu-Behandlung

j) Behandlungen im Rahmen der Ergotherapie

- Motorisch-funktionelle Behandlung
- Sensomotorisch-perzeptive Behandlung

k) Logopädie

- Stimmtherapie

- Sprechtherapie
- Sprachtherapie

Für die in i) bis k) genannten Heilbehandlungen werden insgesamt gemäß den unter Pkt. L.1. genannten Voraussetzungen und allgemeinen Höchstsätzen und maximal bis zu jenem besonderen Höchstsatz pro Versicherungsjahr erbracht, der sich aus der jeweiligen Tarifvariante ergibt:

- Wahlarzt Ambulant Medium Standard (WA MS 26) € 488,00
- Wahlarzt Ambulant Large Standard (WA LS 26) € 796,00

L.1.2. Ambulante Operationen

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.

	Medium Standard	Large Standard
Operationsgruppe I/II	€ 309,00	€ 488,00
Operationsgruppe III/IV	€ 763,00	€ 1.271,00
Operationsgruppe ab V	€ 1.166,00	€ 2.158,00

L.1.3. Arzneimittel, Verbandmittel, homöopathische Mittel, Bachblüten, Rezeptgebühren und Impfstoffe

Kosten für Arzneimittel werden nur ersetzt, wenn diese im Sinne des österreichischen Arzneimittelgesetzes behördlich registriert sind.

Kosten für Impfstoffe werden nur ersetzt, wenn sie den österreichischen Impfempfehlungen des jeweils für Gesundheit zuständigen Bundesministeriums entsprechen und es sich dabei um keine Reiseimpfstoffe handelt.

Die Kosten für die in Pkt. L.1.3. genannten Mittel, Rezeptgebühren und Impfstoffe werden gemäß den unter Pkt. L.1. genannten Voraussetzungen und allgemeinen Höchstsätzen und maximal bis zu jenem besonderen Höchstsatz pro Versicherungsjahr erbracht, der sich aus der jeweiligen Tarifvariante ergibt:

- Wahlarzt Ambulant Medium Standard (WA MS 26) € 266,00
- Wahlarzt Ambulant Large Standard (WA LS 26) € 385,00

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

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

Satz- und Druckfehler vorbehalten.

L.2. Leistungen für Sehbehelfe

Die Kosten für Sehbehelfe (Brillen und Kontaktlinsen) und Laser/Lasikbehandlungen werden gemäß den unter Pkt. L.1. genannten Voraussetzungen und allgemeinen Höchstsätzen und maximal bis zu jenem besonderen Höchstsatz pro zwei Versicherungsjahre erbracht, der sich aus der jeweiligen Tarifvariante ergibt:

- Wahlarzt Ambulant Medium Standard (WA MS 26) € 488,00
- Wahlarzt Ambulant Large Standard (WA LS 26) € 796,00

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 gemäß den unter Pkt. L.1. genannten Voraussetzungen und allgemeinen Höchstsätzen und maximal bis zu jenem besonderen Höchstsatz pro Versicherungsjahr erbracht, der sich aus der jeweiligen Tarifvariante ergibt:

- Wahlarzt Ambulant Medium Standard (WA MS 26) € 488,00
- Wahlarzt Ambulant Large Standard (WA LS 26) € 796,00

Leistungsausschlüsse:

Keine Leistungen werden erbracht für zahnmedizinische und kieferorthopädische Behandlungen, Reiseimpfstoffe, medizinisch nicht indizierten Schwangerschaftsabbruch, Heilmassagen sowie für bloße Nahrungsergänzungs-, Stärkungs- oder Anregungsmittel der TCM 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) bleiben aufrecht.

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) so weit anzupassen, wie dies erforderlich ist, um dem Versicherungsnehmer (Versicherten, Mitversicherten) den Versicherungsschutz in seinem vollen Umfang zu erhalten.

Höchstbeitrittsalter

Das Höchstalter für den Vertragsabschluss ist das vollendete 70. Lebensjahr.