

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung

Tarif für ambulante Heilbehandlung MA5A/07 Wertgesicherter Tarif (mit Anpassungsklausel) Erster Abschnitt - Tarifbestimmungen

Für diesen Tarif gelten, falls nicht im Folgenden Abweichendes bestimmt wird, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB-1995 / in der geltenden Fassung - in weiterer Folge AVB-1995 genannt).

Dieser Tarif kann nur abgeschlossen werden oder bestehen

- wenn für den jeweiligen Versicherten ein Leistungsanspruch bei einer Pflichtkrankenkasse oder ein Sozialversicherungsersatztarif besteht und
- wenn ein Haupttarif abgeschlossen wird oder besteht.

Als Haupttarife gelten Spitalskostentarife mit jeweils letztgültiger Anpassungsstufe.

Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB-1995 werden folgende Leistungen erbracht. Die Höhe dieser Leistungen ergibt sich aus dem zweiten Abschnitt - Leistungen. Bei diesen Leistungen handelt es sich um vom Versicherer pro Kalenderjahr zu erbringende Höchstbeträge.

I. Arzt- und Facharztkosten für Schul- und Ganzheitsmedizin (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten), ambulante Operationen und psychotherapeutische Behandlungen

(1) Arzt- und Facharztkosten

Für Arztberatung in der Sprechstunde (Ordination) und Hausbesuche (Visite), Strahlentherapie, Röntgen, Laboruntersuchungen, Injektionen, Infusionen, Infiltrationen, Punktionen, EKG, Computer- und Kernspintomographie.

(2) Ambulante Operationen in Tageskliniken und Arztpraxen

Bei operativer ambulanter Heilbehandlung werden Leistungen bis zu einem Gesamthöchstsatz erbracht.

Operationskosten werden entsprechend dem ambulanten Operationsgruppenverzeichnis, das zum Zeitpunkt des Eintrittes des Versicherungsfalles maßgebend ist, bis einschließlich Operationsgruppe IV vergütet.

Werden wegen desselben Krankheitsgeschehens oder unter einer Schmerzbetäubung mehrere operative Eingriffe durchgeführt, so steht für die gemäß ambulanten Operationsgruppenverzeichnis am höchsten einzustufende Operation der volle, für jede weitere Operation der halbe Vergütungssatz zur Verfügung. Die Vergütung beträgt maximal das Doppelte des Satzes für die höchst eingestufte Operation.

Das ambulante Operationsgruppenverzeichnis wird auf Anforderung ausgefolgt.

(3) Psychotherapeutische Behandlungen

Solche Behandlungen gelten nur dann als Versicherungsfall, wenn sie von einem Arzt oder einem Psychotherapeuten, der eine entsprechende Ausbildung nachweisen kann, durchgeführt werden.

Für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierungen besteht für die Abs. (1) bis (3) jedoch kein Leistungsanspruch.

II. Arzneimittel, Impfstoffe oder Rezeptgebühren

Ein Kostenersatz für homöopathische Heilmittel erfolgt nur dann, wenn sie ärztlich verordnet worden sind.

III. Heilbehelfe, Hilfsmittel

Innerhalb des vom Versicherer pro Kalenderjahr zu erbringenden Höchstbetrages werden die Kosten für Brillen und Kontaktlinsen pro zwei Kalenderjahre vergütet.

IV. Physiotherapeutische Behandlungen

Für ärztlich verordnete physiotherapeutische Behandlungen.

V. Ganzheitsmedizinische ambulante Heilbehandlungen und Care-Plus-Leistungen

a) Ganzheitsmedizinische ambulante Heilbehandlungen

Akupunkturbehandlungen, Elektroakupunkturtestung, homöopathische Behandlungen, Chirotherapie, Bioresonanztherapie, Biofeedback, Videoscreening, Phytotherapie, Bachblütentherapie, Neuraltherapie, Aromatherapie, Kneipptherapie, Ozontherapie und Eigenblutbehandlungen.

Solche Behandlungen gelten nur dann als Versicherungsfall, wenn sie von einem Arzt, einem Psychotherapeuten oder von Personen, die eine entsprechende Ausbildung nachweisen können (Heilpraktiker, Sportwissenschaftler), durchgeführt werden.

b) Care-Plus-Leistungen

(1) Maßnahmen zur Raucherentwöhnung

Akupunkturbehandlungen, ärztlich empfohlene Heilmittel (Depot-Pflaster, Raucherentwöhnungskaugummi, Raucherentwöhnungstropfen) sowie Kostenersatz für ärztlich empfohlene Teilnahme an Raucherentwöhnungsseminaren und autogenes Training.

(2) Maßnahmen zur Abklärung von durch Erdstrahlen oder Wasseradern verursachten Befindlichkeitsstörungen

Kostenersatz für die Abklärung durch einen bei der Wirtschaftskammer des jeweiligen Bundeslandes als Mitglied geführten Radiästhesisten.

Kostenersatz zur Beseitigung der festgestellten Ursachen wird nicht geleistet.

VI. Familienrabatt, Aufnahmealter

(1) Familienmitgliedern (Ehegatten, Kinder), welche nach einem Tarif für ambulante Heilbehandlung mit letztgültiger Anpassungsstufe unter einer Versicherungspolize versichert werden, wird auf die Prämie ein Rabatt gewährt. Ist eine dieser Voraussetzungen nicht mehr gegeben, entfallen diese Rabatte ab dem nächstfolgenden Monatsersten.

(2) Das Aufnahmealter ist mit 60 Jahren begrenzt.

VII. Garantierte Prämienrückgewähr (Bonus)

Werden aus diesem Tarif aus dem Versicherungsvertrag unter einer Versicherungspolize für das abgelaufene Kalenderjahr weder tarifliche noch übertarifliche Leistungen erbracht, hat der Versicherungsnehmer für dieses Kalenderjahr Anspruch auf eine garantierte Prämienrückgewähr in der Höhe von 2 Monatsprämien, sofern die geltende aktuelle Anpassungsstufe besteht.

Als Maßstab für die garantierte Prämienrückgewähr gilt die Monatsprämie.

Im Übrigen gelten hierfür folgende Bestimmungen:

- Dieser Tarif muss am Ende des Kalenderjahres seit mindestens einem Jahr in Kraft sein. Versicherungsumwandlungen (Änderungen des Versicherungsschutzes) während des Kalenderjahres können einen Anspruch auf Prämienrückgewähr nicht begründen. Hat sich die Monatsprämie während des Kalenderjahres durch Tarifanpassung gemäß § 18 AVB-1995 geändert, so wird für die Bemessung der Prämienrückgewähr die am Ende des Kalenderjahres vorgeschriebene Prämie herangezogen.
- Voraussetzung für die Prämienrückgewähr ist weiters, dass am Ende des Kalenderjahres, für welches die Prämienrückgewähr erfolgt, kein Prämienrückstand bestanden hat und auch während des Kalenderjahres keine Prämienrückstände gerichtlich eingefordert wurden.
- Die Rückvergütung wird der Rückstellung für die garantierte Prämienrückgewähr entnommen.
- Die Bekanntmachung und Auszahlung erfolgt nach Veröffentlichung der Bilanz über das Kalenderjahr, für welches die Prämienrückgewähr erfolgt. Vorher ausgeschiedene Versicherungsnehmer haben keinen Anspruch auf eine garantierte Prämienrückgewähr.
- Ansprüche auf Versicherungsleistungen für das Kalenderjahr, für welches die Prämienrückgewähr erfolgt ist, können nach Erhalt der Prämienrückgewähr nicht mehr geltend gemacht werden. Eine zu Unrecht erhaltene Prämienrückgewähr ist zurückzuerstatten.

VIII. Garantierte Prämienrückgewähr bei Tarifkombinationen

- Besteht für einen Versicherten zu diesem Tarif eine Spitalskostenversicherung und/oder eine Krankenhaustagegeldversicherung, ist ein Anspruch auf eine garantierte Prämienrückgewähr für jene Tarifkombinationen gegeben, die an der garantierten Prämienrückgewähr teilnehmen. Ein Anspruch besteht jedoch nur dann, wenn sowohl für die Spitalskostenversicherung und/oder die Krankenhaustagegeldversicherung als auch für die Versicherung für ambulante Heilbehandlung die geltende aktuelle Anpassungsstufe besteht.
- In Abänderung der Besonderen Versicherungsbedingungen (Pkt. VII) kann eine garantierte Prämienrückgewähr für die Tarifkombination nur dann gewährt werden, wenn von keiner der unter einem Versicherungsvertrag in einer Versicherungspolize zusammengefassten Personen für das abgelaufene Kalenderjahr weder tarifliche noch übertarifliche Leistungen in Anspruch genommen wurden. Die für die garantierte Prämienrückgewähr in Frage kommenden Tarife müssen am Ende des Kalenderjahres seit mindestens einem Jahr in Kraft sein.
- Versicherungsumwandlungen (Änderungen des Versicherungsschutzes) während des Kalenderjahres können einen Anspruch auf die Prämienrückgewähr in der Tarifkombination nicht begründen. Hat sich die Monatsprämie während des Kalenderjahres durch Tarifanpassung gemäß § 18 AVB-1995 geändert, so wird für die Bemessung der garantierten Prämienrückgewähr die am Ende des Kalenderjahres vorgeschriebene Prämie herangezogen.
- Im Übrigen sind die Bestimmungen der Besonderen Versicherungsbedingungen Pkt. VII. und Pkt. IX. (7) der Tarife für ambulante Heilbehandlung anzuwenden.

IX. Prämienrückerstattung

- Der Versicherungsnehmer hat unter folgenden Voraussetzungen Anspruch auf einen Anteil an der Rückstellung zur Prämienrückerstattung, die der Versicherer durch Ansammlung aus den jährlichen Überschüssen der zum Prämienverband B gehörenden Krankenversicherungen zu bilden hat; enthält eine Versicherungspolize auch Tarife, für die eine Prämienrückerstattung nicht vorgesehen ist, bleiben diese bei der Feststellung der Prämienrückerstattung außer Betracht. Teilnahmeberechtigt sind nur jene Versicherungsnehmer, für deren Versicherungspolize für das abgelaufene Kalenderjahr weder tarifliche noch übertarifliche Leistungen (gilt auch für Tarife, für die eine Prämienrückerstattung nicht vorgesehen ist) durch den Versicherer gewährt wurden.
- Erste Voraussetzung für die Prämienrückerstattung ist, dass die Versicherung am Ende des Kalenderjahres seit mindestens einem Jahr in Kraft ist. Versicherungsumwandlungen (Änderungen des Versicherungsschutzes) während des Kalenderjahres können einen Anspruch auf Prämienrückerstattung nicht begründen. Hat sich die Monatsprämie während des Kalenderjahres durch Tarifanpassung gemäß § 18 AVB-1995 geändert, so wird für die Bemessung der Prämienrückerstattung die am Ende des Kalenderjahres vorgeschriebene Prämie herangezogen.
- Voraussetzung für die Prämienrückerstattung ist weiters, dass am Ende des Kalenderjahres, für welches die Prämienrückerstattung erfolgt, kein Prämienrückstand bestanden hat und auch während des Kalenderjahres keine Prämienrückstände gerichtlich eingefordert wurden.
- Der Rückerstattungsanteil beträgt für alle erstattungsberechtigten Versicherungen einheitlich mindestens eine Monatsprämie, höchstens sechs Monatsprämien. Solange die Rückstellung zur Prämienrückerstattung nicht zur Ausschüttung von mindestens einer Monatsprämie ausreicht, erfolgt keine Prämienrückerstattung.
- Die Bekanntmachung und Auszahlung erfolgt nach Veröffentlichung der Bilanz über das Kalenderjahr, für welches die Prämienrückerstattung erfolgt. Vorher ausgeschiedene Versicherungsnehmer haben keinen Anspruch auf die Prämienrückerstattung.
- Ansprüche auf Versicherungsleistungen für das abgelaufene Geschäftsjahr können nach Empfang der Prämienrückerstattung nicht mehr geltend gemacht werden. Eine zu Unrecht erhaltene Prämienrückerstattung ist zurückzuzahlen.
- Die zur Auszahlung gelangende Prämienrückerstattung vermindert sich um den Betrag, welcher als garantierte Prämienrückgewähr an den Versicherungsnehmer ausgezahlt wird.

(8) Die Bestimmungen des Pkt. VIII. (Garantierte Prämienrückgewähr bei Tarifkombinationen) sowie IX. Abs. (1) bis (7) über die Prämienrückerstattung finden in der Gruppenversicherung keine Anwendung. Sofern in der Gruppenversicherung eine Prämienrückerstattung vereinbart wurde, sind die Bestimmungen darüber dem Gruppenversicherungsvertrag bzw. den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB-1995) zu entnehmen.

X. Leistungs- und Prämienanpassung

Für die Leistungs- und Prämienanpassung gelten die Bestimmungen gemäß § 18 AVB-1995.

In Ergänzung zu § 18 (3) AVB-1995 bleibt bei einem Widerspruch gegen die Leistungs- und Prämienanpassung der bisherige Tarif aufrecht.

XI. Beendigung der Versicherung

Unbeschadet der Bestimmungen der §§ 13, 14 und 15 AVB-1995 endet die Versicherung mit dem Ende des Haupttarifes und nach Vorlage der entsprechenden Nachweise auch:

- (1) Für Versicherte, deren Anspruchsberechtigung bei einer Pflichtkrankenkasse erlischt, und zwar mit dem Ende der Anspruchsberechtigung. Für solche Versicherte besteht jedoch ein Recht auf Weiterversicherung nach einem Sozialversicherungsersatztarif; § 4(5) AVB-1995 ist anzuwenden. Die Weiterversicherung muss innerhalb eines Monats nach Beendigung der Pflichtkrankenkasse in unmittelbarem Anschluss an diese beantragt werden.
- (2) Für Versicherte, die arbeitslos werden, durch Kündigung zu dem auf den Beginn der Arbeitslosigkeit folgenden Monatsletzten ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist.

**Zweiter Abschnitt - Leistungen
(Kostenvergütungsbeträge enthalten die gesetzlich vorgeschriebene MWSt.)**

Arzt- und Facharztkosten (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten)
50 % der Kosten pro Kalenderjahr bis EUR 1.872,00

Ambulante Operationen
50 % der Kosten pro Kalenderjahr

| | | | |
|-----------------------------------|-----|-----|--------|
| Höchstsätze für Operationskosten: | | | |
| Operationsgruppe I | bis | EUR | 91,00 |
| Operationsgruppe II | bis | EUR | 164,00 |
| Operationsgruppe III | bis | EUR | 400,00 |
| Operationsgruppe IV | bis | EUR | 946,00 |

Die Höchstsätze für ambulante Operationen sind Teilbeträge des Höchstsatzes für Arzt- und Facharztkosten.

Psychotherapeutische Behandlungen
50 % der Kosten pro Kalenderjahr bis EUR 468,00

Der Höchstsatz für psychotherapeutische Behandlungen ist ein Teilbetrag des Höchstsatzes für Arzt- und Facharztkosten.

Arzneimittel, Impfstoffe oder Rezeptgebühren
50 % der Kosten pro Kalenderjahr bis EUR 232,00

Heilbehelfe, Hilfsmittel
50 % der Kosten pro Kalenderjahr bis EUR 398,00

Physiotherapeutische Behandlungen
50 % der Kosten pro Kalenderjahr bis EUR 378,00

Ganzheitsmedizinische ambulante Heilbehandlungen und Care-Plus-Leistungen

a) Ganzheitsmedizinische ambulante Heilbehandlungen
80 % der Kosten pro Kalenderjahr bis EUR 340,00

b) Care-Plus-Leistungen (1) bis (2)
80 % der Kosten pro Kalenderjahr bis EUR 170,00

Der Höchstsatz für Care-Plus-Leistungen ist ein Teilbetrag des Höchstsatzes für ganzheitsmedizinische ambulante Heilbehandlungen.