

# **Ergänzende Versicherungsbedingungen für das Krankenhaus-Tagegeld - Tarif TJ (EB\_TJ\_17)**

## **Vertragspartner**

Diese Vertragsgrundlagen gelten für Verträge mit der Generali Versicherung AG, 1010 Wien, Landskronngasse 1-3.

## **Aufsichtsbehörde**

Finanzmarktaufsicht, 1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5



**§ 1  
Krankenhaus- Tagegeld**

- (1) Voraussetzung für die Leistung des Krankenhaus-Tagegeldes ist eine **stationäre Heilbehandlung** im Sinne des § 5 C) Abs. 10 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017.
- (2) Bei tagesklinischer Behandlung im Krankenhaus wird Krankenhaus- Tagegeld wie für einen eintägigen Aufenthalt bezahlt.

Eine **tagesklinische Behandlung** liegt vor, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Art der Heilbehandlung erfordert üblicherweise einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden;
- der Versicherte wird noch am Tag der Aufnahme aus dem Krankenhaus entlassen, und
- für die Heilbehandlung wird die Infrastruktur einer Abteilung des Krankenhauses in Anspruch genommen (z.B. Aufnahme in der Bettenstation, Benutzung eines Operationssaales).

Heilbehandlung und Operationen in der Ambulanz eines Krankenhauses stellen jedenfalls keine tagesklinischen Behandlungen dar.

- (3) Bei einer **Entbindung** zu Hause oder bei einer Entbindung im Krankenhaus wird das Krankenhaus- Tagegeld jedenfalls wie bei einer Aufenthaltsdauer von 6 Tagen bezahlt.  
Bei längerer Aufenthaltsdauer wird pro Tag der vereinbarte Leistungsbetrag bezahlt.

**§ 2  
Kostenersatz für Krankenhaustransport**

Die nachgewiesenen Kosten des Transportes in das Krankenhaus und die nachgewiesenen Kosten des Heimtransportes per Krankenwagen, Bahn oder Autotaxi (§ 5 C) Abs. 13 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017) werden bei einem stationären oder tagesklinischen Aufenthalt in einem Krankenhaus und wenn eine Notfallversorgung nach einem Unfall in einem Krankenhaus erforderlich ist, erbracht.

**§ 3  
Tagegeld bei Kur- und Rehabilitationsaufenthalten**

- (1) Diese Tarifleistung wird bezahlt, wenn ein Sozialversicherungsträger
- den Versicherten in ein Kurheim (auch Einrichtung für Psychosomatik und Zentrum für seelische Gesundheit) oder Rehabilitationszentrum (eigene oder Vertragseinrichtung) einweist bzw. den Aufenthalt bewilligt oder
  - einen Kurkostenzuschuss bewilligt.

Als Kurkostenzuschuss des Sozialversicherungsträgers ist ein Zuschuss zu den Kosten einer Kur außerhalb des Wohnortes anzusehen, nicht der Ersatz von Kurmittelkosten allein.

- (2) Diese Tarifleistung wird auch bezahlt, wenn Kuraufenthalt oder Rehabilitation vom Versicherer bewilligt wurden.

Voraussetzung für die Bewilligung ist, dass im Rahmen des Krankheitsgeschehens eine für die medizinisch indizierte Behandlung geeignete Einrichtung aufgesucht wird.

Der Antrag auf Erstattung der Kosten ist entsprechend medizinisch zu begründen. Der Versicherer kann vor Erledigung des Antrages auf seine Kosten die Untersuchung des Versicherten durch einen von ihm bestimmten Arzt verlangen. Er hat binnen 4 Wochen nach Eingang des Antrages oder des Untersuchungsergebnisses Stellung zu nehmen, ansonsten gilt der Antrag als bewilligt.

Für ambulant durchgeführte Kuren oder Rehabilitationen erfolgt keine Bewilligung.

- (3) Das Tagegeld wird je Aufenthalt längstens
- bei Kuraufenthalt für 28 Tage,
  - bei Kuraufenthalt in einer Einrichtung für Psychosomatik und einem Zentrum für seelische Gesundheit für 42 Tage
  - bei Rehabilitationsaufenthalt für 42 Tage geleistet.

Leistungen gemäß Abs. 1 und 2 werden höchstens für 3 Aufenthalte in 6 Jahren erbracht.

**§ 4**

## **Tagegeld bei Akut-Geriatrie und Remobilisation**

Für medizinisch notwendige stationäre Akut-Geriatrie und Remobilisation im Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung wird das Tagesgeld bei Akut-Geriatrie und Remobilisation für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr geleistet.

### **§ 5**

#### **Tagegeld bei Aufenthalt in Hospiz oder Palliativstation**

Für medizinisch notwendige stationäre Aufenthalte in einem Hospiz oder einer Palliativstation eines Krankenhauses wird das Tagesgeld bei Aufenthalt in Hospiz oder Palliativstation für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr erbracht.

### **§ 6**

#### **GesundheitsCoaching**

##### **(1) Informationen über medizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienste**

werden bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung zu folgenden Themen erteilt:

- Medizinische Einrichtungen weltweit,
- Krankenanstalten in Österreich (öffentlich, privat),
- Transporteinrichtungen in Österreich.

##### **1. Informationen über medizinische Einrichtungen außerhalb Österreichs**

werden erteilt, wenn für die spezielle medizinische Behandlung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung in Österreich vorhanden oder ärztliche Hilfe während eines Auslandsaufenthaltes erforderlich ist.

##### **2. Informationen über Transporteinrichtungen in Österreich**

werden erteilt, wenn der Versicherte aufgrund der Art der Erkrankung bzw. durch die Unfallfolgen oder wegen der ärztlich angeordneten Verhaltensmaßregeln außerstande ist, den Arzt oder die medizinische Einrichtung aus eigener Kraft aufzusuchen.

##### **(2) Hilfe im Notfall**

Ein medizinischer Notfall liegt vor, wenn der Versicherte von einer unmittelbaren Gefahr (z.B. akute Erkrankung, Unfall, drohende Einwirkung schädigender Stoffe) für Leben, körperliche Unversehrtheit oder Gesundheit bedroht ist.

In allen medizinischen Notfällen ist der Versicherer rund um die Uhr erreichbar und

- unterstützt durch Herstellung der Verbindung und Organisation des Transports zu allen Notfalleinrichtungen in Österreich:
  - Nacht- und Wochenenddienste durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Zahnärzte bzw. Apotheken, nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus,
  - sonstige Notdienste (z.B. Rotes Kreuz, Vergiftungszentrale, psychosoziale Dienste)

oder

- veranlasst - abhängig vom Gesundheitszustand des Versicherten - einen zeitnahen Rückruf von einem Arzt zur telefonischen Abklärung und Beratung über weitere Maßnahmen.

##### **(3) Herstellung der Verbindung**

erfolgt nur auf Wunsch des Versicherten.

Der Versicherer stellt nur den erstmaligen Kontakt her, in weiterer Folge wendet sich der Versicherte selbst an den Arzt/Therapeuten, die medizinische Einrichtung oder den Gesundheitsdienst.

##### **(4) Haftungsausschluss**

Durch die Informationsleistung bzw. Herstellung der Verbindung gewährleistet der Versicherer nicht die Verfügbarkeit der Leistungen des betreffenden Arztes/Therapeuten, der medizinischen Einrichtung oder des Gesundheitsdienstes in einem bestimmten Umfang oder innerhalb eines bestimmten Zeitraumes.

**(5) Nachweis der Anspruchsvoraussetzungen**

Außer bei "Hilfe im Notfall" kann der Versicherer verlangen, dass der Versicherte die Anspruchsvoraussetzungen der oben angeführten Leistungen durch entsprechende medizinische Unterlagen (ärztliche Befunde, Rezepte für Arzneien, etc.) nachweist.

**§ 7**

**Änderung der Prämie und des Versicherungsschutzes**

(1) Der Tarif TJ unterliegt der Anpassung gemäß § 17 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017.

**Indexvereinbarung**

(2) Der für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes gemäß § 178f Abs 2 Z 1 VersVG maßgebliche Index ist der von der Bundesanstalt "Statistik Österreich" (FN 191155k) veröffentlichte Verbraucherpreisindex VPI 2010 oder, wenn dieser Index nicht mehr veröffentlicht wird, der an dessen Stelle tretende Index ("VPI").

(3) Der Versicherer ist berechtigt, die Leistungen gemäß dem VPI (siehe oben Abs. 2) und, aus Anlass einer Leistungsänderung auch die Prämie, wie folgt zu ändern:

1. Der Tarif TJ ist ein sogenannter Stufentarif mit Grundtarifstufe 1.  
Die Leistungen der Grundtarifstufe sind unabhängig vom Lebensalter des Versicherten gleich hoch. Die Höhe der Prämie für die Grundtarifstufe ist je nach Alter des Versicherten zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses unterschiedlich.  
Die Höhe der in der Polizza konkret vereinbarten Tarifleistungen wird durch die Anzahl der versicherten Grundtarifstufen bestimmt.
  2. Ausgangsbasis ist die Indexzahl für Juli des Kalenderjahres, das dem Vertragsabschluss oder der letzten Vertragsänderung (worunter Indexanpassungen und andere Änderungen der Leistung zu verstehen sind) vorangegangen ist.
  3. Der Versicherer ermittelt Indexänderungen vor Ablauf eines jeden Kalenderjahres für das nächste Kalenderjahr. Vergleichswert ist die für Juli des aktuellen Kalenderjahres veröffentlichte Indexzahl.  
Eine Anpassung aufgrund einer Indexveränderung erfolgt frühestens nach Ablauf eines Jahres nach Vertragsabschluss oder der letzten Vertragsänderung.
  4. Der Faktor, um den der Vergleichswert höher oder niedriger als die Ausgangsbasis ist, wird mit der Anzahl der Grundtarifstufen, die jeweils aktuell versichert sind, multipliziert.
  5. Ist das Ergebnis um eine oder mehr Grundtarifstufen höher oder niedriger als die aktuelle Anzahl der Grundtarifstufen, dann wird die Anzahl der Grundtarifstufen um diese Differenz - kaufmännisch gerundet auf die nächste ganze Zahl an Grundtarifstufen - erhöht oder vermindert.  
Ergibt die Indexveränderung eine Differenz von weniger als einer Grundtarifstufe, so wird sie auf den nächsten Vergleichszeitraum vorgetragen und bei einer späteren Indexanpassung berücksichtigt.
  6. Die Prämie für die zusätzlichen oder in Abzug zu bringenden Grundtarifstufen wird mit dem aktuellen Alter des Versicherten zum Zeitpunkt der Anpassung berechnet.
- (4) Daraus resultierende Änderungen der Prämie und des Versicherungsschutzes wird der Versicherer dem Versicherungsnehmer vor Ablauf des Kalenderjahres zusenden. Sie wirken gemäß § 178f Abs 4 VersVG ab dem dieser Absendung folgenden Monatsersten, dh ab dem 1. Jänner des Folgejahres.
- (5) Wenn der Versicherungsnehmer mit der zugesandten Änderung nicht einverstanden ist, kann er das dem Versicherer bis 31. Jänner des Folgejahres mitteilen. Dann findet die Änderung für den Vertrag nicht statt. Auf dieses Recht wird der Versicherer den Versicherungsnehmer in der Verständigung von der Änderung der Prämie und des Versicherungsschutzes gesondert hinweisen.
- (6) Beispiele zur oben beschriebenen Indexanpassung sind auf der Homepage [www.generali.at](http://www.generali.at) veröffentlicht.