

Ergänzende Versicherungsbedingungen für MedCare: Sonderklasse nach Unfall und MedCare: Sonderklasse nach Unfall und Krankenhaus-Tagegeld - Tarife SHU und STHU (EB_SHU_STHU_17)

Vertragspartner

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

Aufsichtsbehörde

Finanzmarktaufsicht, 1090 Wien, Otto-Wagner-Platz 5



§ 1

Dauer der Versicherungsleistungen

Alle Leistungen nach Unfall (ausgenommen "Tagegeld bei Rehabilitation oder Anschlussheilverfahren") werden bezahlt, wenn sie innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag im Versicherungszeitraum entstanden sind.

§ 2

Umfang der Versicherungsleistungen

(1) Leistung nach Unfall (siehe auch § 1 Abs. 5 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017)

1. Ein **Unfall** liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
2. Als Unfall gelten auch:
 - a) **Zerreißungen** von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf, wenn sie innerhalb von 7 Tagen ab dem Ereignistag medizinisch dokumentiert und ärztlich behandelt wurden.
 - b) **Bandscheibenhernien**, wenn sie durch eine plötzliche, erhebliche direkte Gewalteinwirkung auf das jeweilige Segment der Wirbelsäule verursacht werden, und
 - diese durch Kraft und Richtung in der Lage war, eine gesunde Bandscheibe zu zerreißen, die bildgebende Untersuchung nach dem Unfall (wie MRT, Röntgen) keine degenerativen Veränderungen zeigt und vor dem Unfall keine Wirbelsäulenbeschwerden bestanden; oder
 - Frakturen ober- oder unterhalb der geschädigten Bandscheibe vorliegen; oder
 - es zu Bänderrissen im Bereich der Wirbelsäule mit Wirbelverrenkungen gekommen ist.
 - c) **Bauch- und Unterleibsbrüche**, wenn sie durch eine plötzlich von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagenbedingt waren.
3. Fehl- und Frühgeburten, die durch einen Unfall herbeigeführt worden sind, gelten nicht als Unfallfolgen. Unfälle als Folgen einer Krankheit sind im Sinne dieser Versicherungsbedingungen Krankheiten.

(2) Leistung nach Krankheit

Tarif SHU: Im Falle einer Krankheit werden keine Leistungen erbracht.

Tarif STHU: Im Falle einer Krankheit wird Krankenhaus-Tagegeld bezahlt (§ 9 Abs. 1).

(3) Leistung bei Schwangerschaft und Entbindung

Tarif SHU: Für Entbindungen sowie die mit der Schwangerschaft im Zusammenhang stehende medizinisch notwendige Heilbehandlung werden keine Leistungen erbracht.

Tarif STHU: Bei einer Entbindung wird Tagegeld bei Entbindung bezahlt (§ 9 Abs. 3).

§ 3

Kostenübernahme nach Unfall

(1) Kostenübernahme in Vertragskrankenhäusern in Österreich laut Krankenhausverzeichnis

Nimmt der Versicherte ein Zweibettzimmer in der Sonderklasse eines Vertragskrankenhauses in Österreich in Anspruch, so werden die vereinbarten Kosten einschließlich der ärztlichen Honorare anstelle der tariflichen Leistungen in voller Höhe übernommen und mit dem Krankenhaus direkt verrechnet.

(2) Kostenübernahme in Europa laut Krankenhausverzeichnis (Europaliste)

Nimmt der Versicherte ein Mehrbettzimmer in der Sonderklasse eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland (lt. Europaliste) in Anspruch, so werden die Kosten der Pflege und Verpflegung, von Operationen und Behandlung einschließlich der ärztlichen Honorare anstelle der tariflichen Leistungen in voller Höhe übernommen.

(3) Weltweite Kostenübernahme laut Krankenhausverzeichnis

Nimmt der Versicherte ein Mehrbettzimmer in der Sonderklasse eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses außerhalb Österreichs und Europas (lt. Europoliste) in Anspruch, so werden die Kosten der Pflege und Verpflegung, von Operationen und Behandlung einschließlich der ärztlichen Honorare anstelle der tariflichen Leistungen in voller Höhe übernommen, wenn

- a) die Behandlung in Österreich gleichwertig nicht durchgeführt werden kann, diese ärztlich empfohlen wurde und der Versicherer vorher eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat. Der Versicherer gibt eine Kostenübernahmeerklärung ab, wenn er über die geplante Behandlung informiert wurde und dadurch Gelegenheit hatte, vor Beginn der Behandlung mit dem betreffenden Krankenhaus über die Höhe der Kosten Einvernehmen herzustellen.
- b) wegen eines Unfalles während eines Aufenthaltes mit einer geplanten Dauer von bis zu 6 Wochen in diesen Ländern eine Heilbehandlung medizinisch notwendig ist und eine Rückkehr nach Österreich aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

Bei Kostenübernahme gemäß Pkt. a) wird der für "Kosten des Transportes ins Krankenhaus" festgesetzte Betrag verdoppelt.

(4) Krankenhausverzeichnis – Europoliste

Die Vertragskrankenhäuser und die Europoliste sind im Krankenhausverzeichnis enthalten. Änderungen in diesem Verzeichnis werden dem Versicherungsnehmer in geschriebener Form bekanntgegeben und treten mit Zugang der Verständigung in Kraft. Der Versicherungsnehmer ist gesondert darauf hinzuweisen, wenn der Versicherer überhaupt keine Vertragskrankenhäuser mehr hat, sodass die volle Kostenübernahme gegenstandslos geworden ist.

Diese allgemeine Kostendeckungszusage kann im Sinn des § 178 c VersVG vom Versicherer in geschriebener Form widerrufen werden. Der Widerruf wird nach Ablauf von drei Wochen wirksam.

(5) Gesetzliche Krankenversicherung

Abhängig vom Schutz des Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgt die Kostenübernahme unter der Voraussetzung der Erbringung der nachstehenden Leistungen durch Krankenversicherungsträger. Ohne Leistung eines Krankenversicherungsträgers werden die Kosten des Krankenhausaufenthalts bis zu den in der Polizze angeführten tariflichen Höchstbeträgen ersetzt:

1. Für gesetzlich Krankenversicherte nach ASVG (ÖGK, usw.), BSVG (SVS - Bauern) und GSVG-Sachleistungsgruppe (SVS - Selbständige):
Der Krankenversicherungsträger erbringt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse.
2. Für gesetzlich Krankenversicherte nach B-KUVG (BVAEB - Beamte):
Der Krankenversicherungsträger erbringt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse und für einen Teil der Pflege- und/oder Sondergebühren einschließlich der Arzthonorare der Sonderklasse.
3. Für gesetzlich Krankenversicherte nach GSVG-Geldleistungsgruppe (SVS - Selbständige):
Der Krankenversicherungsträger erbringt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse und für einen Teil der Pflege- und/oder Sondergebühren einschließlich der Arzthonorare der Sonderklasse.
4. Für Anspruchsberechtigte nach den Gemeinschaftsbestimmungen über die soziale Sicherheit in der Europäischen Union (EU):
Der Versicherte ist aufgrund der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 988/2009 für stationäre Heilbehandlung von Unfallfolgen in Österreich sachleistungsberechtigt und der Krankenversicherungsträger erbringt für den konkreten Krankenhausaufenthalt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse.

(6) Entfall der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Tarife SHU und STHU setzen voraus, dass der Versicherte gegenüber einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung anspruchsberechtigt ist.

Endet die Anspruchsberechtigung des Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung,

- entfällt der Versicherungsschutz für die Kostenübernahme nach Unfällen und
- die Kosten von Krankenhausaufenthalten werden bis zu den in der Polizze angeführten tariflichen Höchstbeträgen ersetzt (siehe oben Abs. 5).

Der Versicherungsnehmer kann den Tarif hinsichtlich des Versicherten mit sofortiger Wirkung kündigen.

§ 4

Direktverrechnung

Sofern eine Vereinbarung mit dem Leistungsträger (Krankenanstalt/Arzt) besteht, erfolgt auf Grundlage dieser Vereinbarung die direkte Verrechnung der Kosten und Honorare zwischen dem Versicherer und dem Leistungserbringer.

Weitere Grundlage ist eine vom Versicherten vor Antritt der stationären Heilbehandlung anzufordernde Kostenübernahmeerklärung. Die Art der Unfallfolgen und die Notwendigkeit der stationären Heilbehandlung sind in dieser Anforderung medizinisch nachzuweisen. Lässt die Dringlichkeit der Heilbehandlung eine vorhergehende Anfrage nicht zu, ist diese spätestens drei Arbeitstage ab Antritt der Heilbehandlung nachzureichen.

Der Versicherte hat der Ermittlung von zum Zwecke der Direktverrechnung erforderlichen Daten zuzustimmen. Wird die Zustimmungserklärung verweigert, widerrufen oder verspätet erteilt und stellt der Leistungserbringer Kosten und Honorare dem Versicherten in Rechnung, ist der Versicherer diesem gegenüber nur in dem in der Vereinbarung über die Direktverrechnung festgelegten Ausmaß zur Leistung verpflichtet.

§ 5

Tagesklinische Behandlung in Krankenhäusern nach Unfall

Tagesklinische Heilbehandlungen sind Heilbehandlungen in einem Krankenhaus, 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).

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

§ 6

Ambulante Operationen in Krankenhäusern nach Unfall

- (1) Ambulante Operationen sind
- medizinisch notwendige operative Eingriffe ab Operationsgruppe 3,
 - die üblicherweise einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordern und
 - in Krankenhäusern oder tagesklinischen Einrichtungen, die sowohl rechtlich, wirtschaftlich als auch organisatorisch an ein bettenführendes Krankenhaus angegliedert sind, durchgeführt werden.

Das für die Einstufung eines Eingriffs maßgebliche Operationsgruppenschema kann auf der Homepage des Versicherers unter folgendem Link eingesehen werden:

<https://www.generali.at/service/krankenversicherung-operationsgruppenschema.html>

Für ambulante Operationen in selbstständigen Tageskliniken oder in Ordinationen niedergelassener Fachärzte werden keine Leistungen erbracht.

- (2) Der Versicherer ersetzt die Kosten einer ambulanten Operation, sofern der Versicherte diese zuvor bei seinem Sozialversicherungsträger im Wege der Voreinreichung geltend gemacht hat. Der Versicherer leistet Kostenersatz abzüglich der Leistung des Sozialversicherungsträgers.

§ 7

Remobilisation

Für unfallbedingt medizinisch notwendige stationäre Remobilisation im Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung aufgrund eines Unfalles wird eine Leistung für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr erbracht.

Erfolgt die Remobilisation in einem Krankenhaus (Abteilung), mit dem der Versicherer dafür einen Vertrag abgeschlossen hat, werden die vereinbarten Kosten mit dem Vertragskrankenhaus gemäß § 4 direkt verrechnet. In allen übrigen Fällen wird das dafür im Leistungstarif angeführte Ersatztagegeld ausbezahlt.

§ 8

Tarifliche Leistungen nach Unfall

(1) Stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern

Bei stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die im Krankenhausverzeichnis nicht enthalten sind, werden für die Kosten des Aufenthaltes die Leistungen gemäß der für

- Tageskosten,
 - Behandlungshonorar,
 - Technische Leistungen, und
 - Summenleistung
- festgesetzten Beträgen erbracht.

(2) Tagesklinische Behandlung in Krankenhäusern

Für tagesklinische Heilbehandlungen in Krankenhäusern, mit denen dafür keine vertraglichen Vereinbarungen über die Kostenübernahme bestehen, werden für die Kosten die folgenden tariflichen Leistungen wie für eine eintägige stationäre Heilbehandlung erbracht:

- Tageskosten,
- Behandlungshonorar,
- Technische Leistungen und
- Summenleistung.

(3) Ambulante Operationen in Krankenhäusern

Für ambulante Operationen in Krankenhäusern oder an diese angegliederten tagesklinischen Einrichtungen, mit denen dafür keine vertraglichen Vereinbarungen über die Kostenübernahme bestehen, wird das tarifliche Behandlungshonorar für die betreffende Operationsgruppe bezahlt.

(4) Tageskosten

umfassen die zu bezahlenden Kosten für Verpflegungs- und Krankenhausgebühren (für die Unterbringung, Pflege und Verpflegung).

(5) Behandlungshonorar

umfasst alle ärztlichen Honorare ausgenommen die Honorare für technische Untersuchungen wie bildgebende Verfahren, Labor, Nuklearmedizin etc.

Soweit Kosten aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder vertraglicher Vereinbarungen mit dem Versicherer betraglich geregelt sind, ist der Versicherer zum Ersatz darüber hinausgehender Kosten (z.B. Sonderhonorare der Vorstände von Universitätskliniken gemäß § 46 KaKuG und ausführende Landesgesetze) nicht verpflichtet.

(6) Technische Leistungen

umfassen die Honorare für technische Untersuchungen wie bildgebende Verfahren, Labor, Nuklearmedizin etc. und sämtlichen Sachaufwand einschließlich der Kosten für Benützung des Operationssaales, der Arzneimittel (Heilmittel) und Heilbehelfe (abweichend von § 5 A) Abs. 1, 2 und 4 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017).

(7) Ersatztagegeld

wird anstelle des Kostenersatzes für stationäre Heilbehandlung (Kostenübernahme oder tariflich: Tageskosten, Behandlungshonorar, Technische Leistungen, Summenleistung) bezahlt.

(8) Aufenthaltskosten der Begleitperson

werden zusätzlich zum Kostensatz für stationäre Heilbehandlung (Kostenübernahme oder tariflich: Tageskosten, Behandlungshonorar, Technische Leistungen, Summenleistung) oder Ersatztagegeld bezahlt.

(9) **Kosten des Transportes ins Krankenhaus**

inkl. Bergungskosten und Hubschraubertransport werden zusätzlich zum Kostenersatz für stationäre Heilbehandlung bezahlt.

(10) **Das Tagegeld bei Rehabilitation und Anschlussheilverfahren nach Unfall** wird bezahlt

- bei Rehabilitation in Rehabilitationszentren,
- bei Anschlussheilverfahren (Nachbehandlungen in ursächlichem Zusammenhang mit einer vorangehenden Primärbehandlung in einer Krankenanstalt) in Sonderheilanstalten.

Diese Leistung wird je Aufenthalt längstens für 42 Tage erbracht.

Die nachfolgende Bestimmung des § 9 gilt nur bei Tarif STHU:

§ 9

Tarifliche Leistungen bei Krankheit und Entbindung

(1) **Krankenhaus-Tagegeld**

Voraussetzung für die Leistung des Krankenhaus-Tagegeldes ist eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des § 5 C) Abs. 10 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017.

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).

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

(2) **Aufenthaltskosten der Begleitperson**

werden zusätzlich zum Kostensatz für stationäre Heilbehandlung (Kostenübernahme oder tariflich: Tageskosten, Behandlungshonorar, Technische Leistungen, Summenleistung) oder Ersatztagegeld bezahlt.

(3) **Tagegeld bei Entbindung**

wird bei einer Entbindung zu Hause oder bei einer Entbindung im Krankenhaus jedenfalls wie bei einer Aufenthaltsdauer von 6 Tagen bezahlt.

Bei längerer Aufenthaltsdauer wird pro Tag der vereinbarte Leistungsbetrag bezahlt.

(4) **Tagegeld bei Kuraufenthalten**

wird bezahlt, wenn ein Sozialversicherungsträger

- den Versicherten in ein Kurheim (auch Einrichtung für Psychosomatik und Zentrum für seelische Gesundheit) 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.

Diese Tarifleistung wird auch bezahlt, wenn der Kuraufenthalt vom Versicherer bewilligt wurde.

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 erfolgt keine Bewilligung.

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 und höchstens für 3 Aufenthalte in 6 Jahren geleistet.

(5) Tagegeld bei Rehabilitationsaufenthalten

wird bezahlt, wenn ein Sozialversicherungsträger den Versicherten in ein Rehabilitationszentrum (eigene oder Vertragseinrichtung) einweist bzw. den Aufenthalt bewilligt.

Diese Tarifleistung wird auch bezahlt, wenn die Rehabilitation vom Versicherer bewilligt wurde.

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.

Das Tagegeld wird je Rehabilitationsaufenthalt für längstens 42 Tage und höchstens für 3 Aufenthalte in 6 Jahren geleistet.

(6) Tagegeld bei Akutgeriatrie und Remobilisation

wird bei medizinisch notwendiger stationärer Akut-Geriatrie und Remobilisation im Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr bezahlt.

(7) Tagegeld bei Aufenthalt in Hospiz oder Palliativstation

wird bei medizinisch notwendigen stationären Aufenthalten in einem Hospiz oder einer Palliativstation eines Krankenhauses für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr bezahlt.

§ 10

GesundheitsCoaching

(1) Informationen über medizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienste

werden bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung aufgrund eines Unfalles 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) Bester Arzt, bester Therapeut

Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung aufgrund eines Unfalles unterstützt der Versicherer den Versicherten bei der Suche nach dem hinsichtlich

- des konkreten Beschwerdebildes am besten geeigneten Arzt, bzw.
- der ärztlich empfohlenen Maßnahmen am besten geeigneten Therapeuten.

(4) Ärztliche Zweitmeinung (Second Opinion)

Bei einer notwendigen medizinischen Heilbehandlung von Unfallfolgen nennt der Versicherer auf Wunsch des Versicherten einen Spezialisten, wenn eine Therapie bzw. ein Eingriff von einem Arzt bereits geplant ist.

(5) 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.

(6) 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.

(7) Leistungen des persönlichen GesundheitsCoaches

werden für einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten ab Beginn einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung von Unfallfolgen durch dafür qualifizierte Mitarbeiter eines Vertragspartners des Versicherers erbracht. Der Versicherer trägt die Kosten der Begleitung und Unterstützung durch den persönlichen GesundheitsCoach, leistet jedoch keinen Kostenersatz für von diesem erarbeitete oder vorgeschlagene Maßnahmen (z.B. Kosten gesünderer Lebensmittel oder eines Fitnesstrainings).

(8) 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.

§ 11

Änderung der Prämie und des Versicherungsschutzes

- (1) Die Tarife SHU und STHU unterliegen der Anpassung gemäß § 17 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017.
- (2) In Ergänzung zu § 17 Abs. 1 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017 gilt:
Kann in einem Bundesland über die Höhe der Krankenhauskosten und Honorare kein Einvernehmen hergestellt werden, wird der Anpassung die jeweilige Veränderung des von Statistik Austria verlautbarten Index der Verbraucherpreise zugrundegelegt.
- (3) In Ergänzung zu § 17 Abs. 3 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017 gilt:
Ob und in welchem Umfang der Versicherer zur Kostenübernahme (§ 3 Abs. 1 - 3) verpflichtet ist, ergibt sich aus der zuletzt gültigen Police.