

Ergänzende Versicherungsbedingungen für MedCare: Privatarzt & Alternative Vorsorge - Tarif AJS (EB_AJS_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

Gesetzliche Krankenversicherung

Der Tarif AJS setzt voraus, dass der Versicherte gegenüber einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in Österreich anspruchsberechtigt ist.

Damit bei einem Ausscheiden des Versicherten aus der gesetzlichen Krankenversicherung in Österreich weiterhin ein geeigneter Versicherungsschutz besteht, ist es erforderlich, dass der Versicherungsnehmer den Versicherer umgehend verständigt.

§ 2

Kostenersatz

Für die folgenden Leistungen des Tarifes AJS gilt als maßgeblicher Zeitraum ein Kalenderjahr:

- Ärztliche Heilbehandlung,
- Tele-Medizinische Beratung und Betreuung,
- Maßnahmen zur Gesundheitsförderung,
- Ärztlich verordnete Behandlung durch Psychologen, Psychotherapeuten,
- Ärztlich verordnete besondere Heilbehandlungen,
- Ärztlich verordnete Arzneimittel,
- Ärztlich verordnete Heilbehelfe,
- Transportkosten.

Leistung für Sehbehelfe:

Im Rahmen des Höchstbetrags für Heilbehelfe hat der Versicherte wahlweise Anspruch auf Kostenersatz für eine Brille, Kontaktlinsen oder refraktive Augenchirurgie (z.B. Sehstärkenkorrektur mittels Laserbehandlung der Hornhaut oder durch Implantation einer zusätzlichen oder Ersatz der körpereigenen Linse).

Fällt der Versicherungsbeginn für den Tarif AJS nicht mit dem Beginn eines Kalenderjahres zusammen, werden Leistungen für den Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn des Tarifes AJS und 31. Dezember des betreffenden Jahres bis zu dem diesem Zeitraum entsprechenden anteiligen Höchstbetrag erbracht (der vor Versicherungsbeginn liegende Teil eines Kalendermonats wird für die Ermittlung des anteiligen Höchstbetrags mit einbezogen).

Dies gilt sinngemäß, wenn der Vertrag während des Kalenderjahres endet.

§ 3

Zahnbehandlungen und zahnärztliche Leistungen

(1) Leistungen werden erbracht für:

- Entfernung von Zähnen, Wurzeln und vorgelagerten Zähnen, wenn diese als Entzündungsherde die Erkrankung eines anderen Organs verursachen (z.B. Myokarditis, rheumatische Beschwerden)
- Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten (z.B. Stomatitis, Gingivitis, Kiefereiterungen)
- Entfernung von Zysten
- Wurzelspitzenresektionen
- Behandlung von Kieferbrüchen

(2) Keine Leistungen werden erbracht für:

- konservierende Zahnbehandlungen (z.B. Füllungen)
- prothetische Zahnbehandlungen (z.B. Implantate, Zahnbrücken)
- kieferorthopädische Behandlungen (z.B. Zahnspange)
- Behandlungen von Parodontose

§ 4

Ärztliche Heilbehandlung

(1) Die Kosten für von Ärzten durchgeführte schulmedizinische Heilbehandlungen und im Tarif angeführte Heilbehandlungen der Ganzheits- und Alternativmedizin sowie Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen werden bis zum tariflichen Höchstbetrag erstattet.

- (2) Für im Tarif nicht genannte Heilbehandlungen nach sonstigen alternativmedizinischen Methoden werden Leistungen bis zum im Tarif angeführten Betrag insoweit erbracht, als sie von einem Arzt durchgeführt werden.

§ 5

Ambulante Operation

Die Kosten von ambulanten Operationen inkl. Kosten der Anästhesie werden gemäß § 5 A) Abs. 1 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017 erstattet, wenn diese Operationen in der Ordination eines Arztes oder in der Ambulanz eines Krankenhauses vorgenommen werden.

Die Kosten refraktiver Augenchirurgie werden bis zum Höchstbetrag für Heilbehelfe ersetzt (siehe oben, § 2).

§ 6

Maßnahmen der Gesundheitsförderung

- (1) Kosten werden ersetzt für
- **vorbeugende alternativmedizinische Maßnahmen**, sofern sie von Ärzten oder in Österreich zur Heilbehandlung am Kranken Berechtigten durchgeführt werden;
 - **Anleitung zu gesundem Lebensstil**, wenn die Maßnahmen anerkannterweise geeignet sind, zu einer Änderung des Lebensstils beizutragen und von dafür qualifizierten und berechtigten Personen durchgeführt werden;
 - Maßnahmen der **Gesundheitsförderung und Prophylaxe**, z.B. Massagen, Schutzimpfungen (auch Reiseimpfungen);
 - ärztlich verordnete **Nahrungsergänzungsmittel**;
 - **sportmedizinische Tests** von dafür qualifizierten Personen (z.B. Sportmediziner, Fitnesstrainer);
 - von einem praktischen Arzt oder Facharzt durchgeführte **Vorsorgeuntersuchungen** (auch Pränataldiagnostik) einschließlich der Kosten von Röntgen- und Laboruntersuchungen. Vorsorgeuntersuchungen sind Untersuchungen zur Früherkennung chronischer Erkrankungen, wie z.B. maligner Prozesse (Krebs), Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufes oder des Stoffwechsels, unter Anwendung von nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft zweckmäßigen und ausreichenden Maßnahmen. Ebenfalls als Vorsorgeuntersuchung anzusehen ist die einmalige Feststellung der für die erste Hilfe nach akuten Erkrankungen oder Unfällen bzw. zur Schockbekämpfung wesentlichen Daten, wie Blutgruppe, Rhesusfaktor, Allergien usw. Nicht als Vorsorgeuntersuchung gelten Schwangerschaftstests;
 - **Erste-Hilfe-Kurse** im Rahmen der privaten Aus- und Weiterbildung (z.B. Führerscheinkurs, Kindernotfallkurs) durch qualifizierte Angehörige von dazu in Österreich berechtigten Organisationen (z.B. Rotes Kreuz, Arbeitersamariterbund). Der Versicherer ersetzt keine Kosten, die im Rahmen der Ausbildung als Mitglied einer Rettungsorganisation oder beruflicher Aus- und Weiterbildung entstehen. Der Versicherer ersetzt die nachgewiesenen Kosten nach Vorlage einer von der den Kurs durchführenden Organisation ausgestellten Teilnahmebestätigung.
- (2) Nicht bezahlt werden:
- Nahrungsmittel (z.B. Diätahrung oder Nahrungsmittel aus biologischer Landwirtschaft)
 - Mitgliedschaften in Online-Foren, Plattformen von Selbsthilfegruppen oder Informationsportalen zu medizinischen Themen
 - Vorsorge- und Laboruntersuchungen, die aufgrund eingesandter Körperproben vorgenommen werden (z.B. Allergietest, DNA Analyse zu Risikofaktoren) sowie
 - Geräte zur Förderung der körperlichen Beweglichkeit und Fitness.

§ 7

Tele-Medizinische Beratung und Betreuung

Die Kosten medizinischer Beratung und Betreuung im Internet oder per Telefon werden insoweit erstattet, als die Leistung von einem behandelnden Arzt des Versicherten erbracht wird.

Abweichend von § 5 B) Abs. 5 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017 leistet der Versicherer in diesem Fall auch Kostenersatz für Leistungen von Ärzten oder Zahnärzten/Dentisten, die nicht unmittelbar am Versicherten erbracht werden.

Dabei gelten insbesondere folgende Leistungen als versichert:

- Mitteilung eines Laborergebnisses, eines histologischen oder radiologischen Befundes;
- Beratung des Patienten zur Dosisanpassung eines verordneten Medikaments;
- Entscheidung aufgrund vom Patienten geschilderter Symptome, ob ein Termin in der Ordination überhaupt nötig und wie dringlich dieser ist.

Kein Versicherungsschutz besteht für Kosten von

- Mitgliedschaften in Online-Foren, Plattformen von Selbsthilfegruppen oder Informationsportalen zu medizinischen Themen
- Vorsorge- und Laboruntersuchungen, die aufgrund eingesandter Körperproben vorgenommen werden (z.B. Allergietest, DNA Analyse zu Risikofaktoren).

§ 8

Psychotherapeutische Behandlungen

Leistungen für Psychotherapie werden erbracht, sofern die Behandlungen durch in Österreich zugelassene Psychologen und Psychotherapeuten durchgeführt werden.

§ 9

Transportkosten

Abweichend von § 5 B) Abs. 7 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017 werden die Kosten für notwendige Fahrten des Versicherten zu einer ärztlichen Behandlung bis zu dem im Leistungstarif vorgesehenen Höchstbetrag ersetzt. Als notwendige Fahrten gelten die Fahrten mit Krankenwagen, Bahn oder Autotaxi zur Erstversorgung oder im Notfall.

§ 10

GesundheitsCoaching

(1) Informationen über medizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienste,

werden bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung zu folgenden Themen erteilt:

- Behandler in Österreich (zur selbständigen Berufsausübung zugelassene Ärzte, Zahnärzte, Ärzte für Ganzheits- und Alternativmedizin, Psychotherapeuten),
- Medizinische Einrichtungen weltweit,
- Ganzheits- und Alternativmedizin in Österreich,
- Transporteinrichtungen in Österreich.

1. Informationen zu medizinischen Einrichtungen außerhalb Österreich

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

2. Informationen zu 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) **Beste(r) Arzt, beste(r) Therapeut**

Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung 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.

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

(4) **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.

(5) **Haftungsausschluss**

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

(6) **Leistungen des persönlichen GesundheitsCoaches**

werden für einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten durch dafür qualifizierte Mitarbeiter eines Vertragspartners des Versicherers erbracht.

Dieser Zeitraum beginnt

- bei der Begleitung während der Genesung und Unterstützung bei der besseren Bewältigung der durch den Versicherungsfall bedingten Lebenssituation mit der medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung;
- bei der Erarbeitung einer Strategie zur Reduktion von Risikofaktoren und Unterstützung bei Maßnahmen zur Umstellung hin zu einem gesünderen Lebensstil mit der erstmaligen Kontaktaufnahme mit dem GesundheitsCoach.

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).

(7) **Medizinische Online Sprechstunde**

durch Experten eines Vertragspartners des Versicherers:

1. Beratung durch einen Arzt (bestimmte Fachgebiete) bei Beschwerden, Krankheit oder nach Unfall;
2. Erklärung eines medizinischen Befundes durch einen Arzt (bestimmte Fachgebiete);
3. Information über Wirkung und Wechselwirkung verordneter Medikamente durch einen Pharmazeuten.

Der Versicherte kann die Leistungen gemäß Pkt. 1 - 3 jeweils fünfmal pro Kalenderjahr in Anspruch nehmen. Der Versicherer verrechnet die Kosten direkt mit dem Vertragspartner.

Die Zusage für die Inanspruchnahme der Medizinischen Online Sprechstunde gilt, solange eine Vereinbarung mit einem Vertragspartner besteht.

(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

Der Tarif AJS unterliegt der Anpassung gemäß § 17 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017.

§ 12

Tarifabrechnungsverband

Die Versicherungen nach Tarif AJS gehören zum Tarifabrechnungsverband H (siehe § 18 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017) und berechtigen bei Leistungsfreiheit zu einer Prämienrückvergütung in Höhe von 15% der für das Kalenderjahr vorgeschriebenen, abgegrenzten Jahresprämie.

Im Falle einer Gruppenkrankensicherung kann für die Prämienrückvergütung aus dem Tarif AJS im Gruppenvertrag eine abweichende Vereinbarung getroffen werden.