

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung

Spitalskostentarif MHU/21AT - Österreich

Versicherung für Spitalskosten nach Unfall nach Vertragskrankenhausverzeichnis - Liste 1 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 zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltenden Fassung - in weiterer Folge AVB-1995 genannt).

Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

Die Spitalskostenversicherung nach diesem Tarif kann nur abgeschlossen werden oder bestehen, wenn für den jeweiligen Versicherten ein Leistungsanspruch bei einer österreichischen Pflichtkrankenkasse oder ein Sozialversicherungsersatztarif besteht.

Das Aufnahmealter ist mit 70 Jahren begrenzt.

Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB-1995 werden folgende Leistungen erbracht. Die Höhe der nachfolgend dargestellten tariflichen Leistungen (tarifliche Höchstbeträge) ergibt sich aus dem zweiten Abschnitt - Leistungen. Bei diesen Leistungen handelt es sich um im Versicherungsfall vom Versicherer zu erbringende Höchstbeträge.

I. Stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern

A Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Vertragskrankenhauses nach diesem Tarif

- (1) Bei stationärer Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines österreichischen Vertragskrankenhauses innerhalb von zwei Jahren nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen tariflichen Leistungen (Pflegergebühren, Operationskosten, Behandlungskosten bei operativen oder nichtoperativen Fällen) die mit dem betreffenden Vertragskrankenhaus festgesetzten oder vereinbarten Kosten, abzüglich der satzungsgemäß zu erbringenden Leistungen des österreichischen Sozialversicherungsträgers oder eines Sozialversicherungsersatztarifes (Kostendifferenz auf die Sonderklasse/ Mehrbettzimmer), und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen.

Die Kostenübernahme erfolgt durch Ausstellung einer Kostenübernahmeerklärung und Direktverrechnung mit dem Vertragskrankenhaus.

Als Vertragskrankenhäuser gelten die im Vertragskrankenhausverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Krankenhäuser. Diese gelten nur solange und in dem Ausmaß als Vertragskrankenhäuser, wie die mit dem betreffenden Vertragskrankenhaus festgesetzten oder vereinbarten Krankenhausgebühren und Arzthonorare, vor allem auch ihrer Höhe nach, geregelt sind und die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

- (2) Besondere Honorare gemäß § 46 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz sind im Versicherungsschutz nicht enthalten.

B Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer im europäischen Ausland

- (1) Bei stationärer Heilbehandlung innerhalb von zwei Jahren nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland, werden die Kosten abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen des österreichischen oder ausländischen Sozialversicherungsträgers oder eines Sozialversicherungsersatztarifes (Kostendifferenz auf die Sonderklasse/Mehrbettzimmer) übernommen.

- (2) Für Tageskosten (Pflegergebühr, Sachaufwand) ist der Kostenersatz gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen pro Tag begrenzt.

C Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer einer privaten Krankenanstalt im europäischen Ausland

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung von Unfallfolgen in der Sonderklasse/Mehrbettzimmer einer privaten Krankenanstalt im europäischen Ausland werden die Honorare, Behandlungskosten und Tageskosten (Pflegergebühr, Sachaufwand) abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder eines Sozialversicherungsersatztarifes in voller Höhe vergütet. Gedeckt sind nur solche stationären Heilbehandlungen, die anlässlich von Unfallfolgen während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts von höchstens 4 Wochen im europäischen Ausland auftreten und die einen stationären Aufenthalt mit umgehender diagnostischer Abklärung und Behandlung in einer privaten Krankenanstalt im europäischen Ausland notwendig machen und innerhalb der letzten 24 Stunden vor Antritt des Krankenhausaufenthaltes aufgetreten sind.

D Stationäre aufgrund des medizinischen Standards in Österreich nicht durchführbare Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland sowie in nicht allgemein öffentlichen Krankenhäusern im europäischen Ausland

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung innerhalb von zwei Jahren nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland sowie in nicht allgemein öffentlichen Krankenhäusern im europäischen Ausland, die aufgrund des medizinischen Standards in Österreich nicht durchführbar ist, werden weltweit die vollen Kosten abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder eines Sozialversicherungsersatztarifes einschließlich Transportkosten für die Hin- und Rückreise übernommen.

Eine Leistung für Transportkosten wird nur erbracht, wenn die Hin- und Rückreise von einem vom Versicherer beauftragten Unternehmen organisiert wird.

E Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung von Unfallfolgen in der Sonderklasse/Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland werden die Kosten abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder eines Sozialversicherungsersatztarifes bis zu einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen pro Kalenderjahr vergütet. Gedeckt sind nur solche stationä-

ren Heilbehandlungen, die anlässlich von Unfallfolgen während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts von höchstens 4 Wochen im außereuropäischen Ausland auftreten und die einen stationären Aufenthalt mit umgehender diagnostischer Abklärung und Behandlung in einer Krankenanstalt im außereuropäischen Ausland notwendig machen und innerhalb der letzten 24 Stunden vor Antritt des Krankenhausaufenthaltes aufgetreten sind.

F Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines anderen Krankenhauses

- (1) Bei stationärer Heilbehandlung innerhalb von zwei Jahren nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen, die nicht unter Pkt. I.A, I.B, I.C, I.D oder I.E fällt, werden folgende Leistungen erbracht:

a) Pflegegebühren

sind die Differenz der Kosten der Allgemeinen Gebührenklasse auf die Sonderklasse/ Mehrbettzimmer.

b) Behandlungskosten bei nichtoperativen Fällen

sind die über die Pflegegebühren hinaus entstehenden Behandlungs- und Nebenkosten bei nichtoperativen Fällen in einem Krankenhaus für die Dauer der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung.

c) Behandlungskosten bei operativen Fällen

sind die über die Pflegegebühren hinaus entstehenden Behandlungs- und Nebenkosten bei operativen Fällen in einem Krankenhaus für die Dauer der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung.

Zusätzlich werden Operationskosten entsprechend dem stationären Merkur-Operationsgruppenverzeichnis, das zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles gültig ist, vergütet.

Das stationäre Merkur-Operationsgruppenverzeichnis ist unter www.merkur.at abrufbar bzw. wird auf Anforderung ausgefolgt; dieses kann zukünftigen Änderungen unterworfen sein.

- (2) Besondere Honorare gemäß § 46 Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz sind im Versicherungsschutz nicht enthalten.

G Begleitpersonskosten

- (1) Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes gemäß Pkt. I.A(1) werden die vertraglich geregelten Kosten übernommen.

- (2) Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes in einem anderen Krankenhaus gemäß Pkt. I.B, I.C, I.D, I.E oder I.F werden die Kosten für Nächtigung und Verpflegung für eine Begleitperson pro Tag bis zu einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen vergütet.

- (3) In Abänderung der Bestimmungen des § 5(20) AVB-1995 werden bei einem stationären Krankenhausaufenthalt gemäß Abs. (1) und (2) eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 18. Lebensjahr die Kosten für eine Begleitperson übernommen, und zwar auch dann, wenn die Begleitperson nicht bei der Merkur Versicherung AG versichert ist.

H Krankenhaus-Ersatztaggeld

- (1) Wenn für die gesamte Dauer eines stationären Krankenhausaufenthaltes zur Behandlung von Unfallfolgen innerhalb von zwei Jahren nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, keinerlei Kosten zu vergüten sind, wird je Aufenthaltstag ein Krankenhaus- Ersatztaggeld gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen gegen Vorlage der Aufenthaltsbestätigung ausbezahlt.

Für Kinder bis zur Vollendung des 20. Lebensjahrs werden gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen 50 % des Tagsatzes für einen Erwachsenen für die Dauer des stationären Aufenthaltes vergütet.

- (2) Wenn der stationäre Krankenhausaufenthalt teilweise in der Allgemeinen Gebührenklasse, teilweise in der Sonderklasse absolviert wird, wird gegen Vorlage der Aufenthaltsbestätigung je Aufenthaltstag das Ersatztaggeld der Allgemeinen Gebührenklasse ausbezahlt, welches sich um die angefallenen und vom Versicherer übernommenen Kosten der Sonderklasse gemäß Punkt I. A-F reduziert. Übersteigen die vom Versicherer übernommenen Kosten der Sonderklasse das Ersatztaggeld je Aufenthaltstag in der Allgemeinen Gebührenklasse, so wird kein Ersatztaggeld ausbezahlt.

I Krankenhaustransportkosten infolge eines Unfalles bei stationären Aufenthalten

Transportkosten für eine medizinisch notwendige Überführung in ein Krankenhaus zum Zwecke der stationären Heilbehandlung oder von einem Krankenhaus gemäß Pkt. I.A, I.B, I.C, I.D, I.E oder I.F, in dem eine stationäre Heilbehandlung durchgeführt wurde, werden bis zum tariflichen Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen übernommen, sofern kein Anspruch auf Übernahme dieser Transportkosten gegenüber Dritten besteht.

II. Ambulante Heilbehandlung infolge eines Unfalles

Arzt- und Facharztkosten für Schul- und Ganzheitsmedizin (ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Zahnärzte und Dentisten, sowie Behandlungen an Zähnen und Zahnhalteapparat und Zahnersatz) und physikalische Behandlungen innerhalb von zwei Jahren nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der ambulanten Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen.

- (1) Arzt- und Facharztkosten

(für ärztliche, medizinische, notwendige Heilbehandlungen, ambulante Operationen; darunter fallen z.B. die Arztberatung, telemedizinische Arztberatung, Röntgen, Laboruntersuchungen, Injektionen, Infusionen, Infiltrationen, Punktionen, EKG, Computer- und Kernspintomographie infolge eines Unfalles)

Für Zahnbehandlung und Zahnersatz sowie für Zahn- und Kieferregulierungen besteht jedoch kein Leistungsanspruch.

(2) **Physikalische Behandlungen**

Für ärztlich verordnete physikalische Behandlungen infolge eines Unfalles.

III. Operative ambulante Heilbehandlung infolge eines Unfalles

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige operative ambulante Heilbehandlungen gemäß III.A, III.B, III.C, wenn dadurch eine stationäre Heilbehandlung nachweislich vermieden wird.

A Operative ambulante Heilbehandlung in einem Vertragskrankenhaus nach diesem Tarif infolge eines Unfalles

- (1) Bei operativer ambulanter Heilbehandlung in einem Vertragskrankenhaus innerhalb von zwei Jahren nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen Leistungen die durch Vertrag mit dem betreffenden Vertragskrankenhaus festgesetzten oder vereinbarten Kosten, und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen. Allfällige Leistungen der österreichischen Pflichtkrankenkasse oder eines Sozialversicherungssatztarifes werden in Abzug gebracht.

Die Kostenübernahme erfolgt durch Ausstellung einer Kostenübernahmeerklärung und Direktverrechnung mit dem Vertragskrankenhaus.

Als Vertragskrankenhäuser gelten die im Vertragskrankenhausverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Krankenhäuser. Diese gelten nur solange und im Ausmaß als Vertragskrankenhäuser, wie die mit dem betreffenden Vertragskrankenhaus festgesetzten oder vereinbarten Krankenhausbühren und Arzthonore, vor allem auch ihrer Höhe nach, geregelt sind und die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

B Operative ambulante Heilbehandlung bei einem Vertragspartner nach diesem Tarif infolge eines Unfalles

Neben den im Vertragskrankenhausverzeichnis genannten Einrichtungen sind weitere nicht angeführte Vertragspartner zur Direktverrechnung berechtigt. Sie gelten solange als Vertragspartner, als diese unseren Qualitätsanforderungen entsprechen und eine aufrechte Vereinbarung besteht. Die für diesen Tarif aktuell geltende Vertragspartnerliste ist unter www.merkur.at abrufbar bzw. auf Anfrage erhältlich; diese kann zukünftigen Änderungen unterworfen sein.

Für die Inanspruchnahme von Leistungen bei einem Vertragspartner aus der Vertragspartnerliste geben wir keine allgemeine Kostendeckungszusage ab. Für den konkreten Einzelfall ist vor der Inanspruchnahme der Leistung eine Kostenübernahmeerklärung (schriftlich oder in geschriebener Form) an uns zu stellen. Besteht zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme der tariflichen Leistung ein Vertragsverhältnis mit dem Vertragspartner, können wir gegenüber dem Vertragspartner eine Kostenübernahmeerklärung abgeben und können die Direktverrechnung mit dem Vertragspartner vornehmen. Über das Ergebnis der Kostenübernahmeerklärung werden wir Sie gesondert informieren. Besteht kein Anspruch auf Direktverrechnung, erbringen wir die unter Punkt III.C genannten Leistungen.

C Operative ambulante Heilbehandlung bei Nichtvertragspartnern infolge eines Unfalles

Bei operativer ambulanter Heilbehandlung innerhalb von zwei Jahren nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen, die nicht unter Pkt. III.A oder III.B fallen, werden folgende Leistungen erbracht:

Operationskosten werden entsprechend dem ambulanten Merkur-Operationsgruppenverzeichnis, das zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles gültig ist, vergütet.

Werden wegen desselben Krankheitsgeschehens oder unter einer Schmerzbetäubung mehrere operative Eingriffe durchgeführt, so steht für die gemäß ambulantem Merkur-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 ist unter www.merkur.at abrufbar bzw. wird auf Anforderung ausgefolgt; dieses kann zukünftigen Änderungen unterworfen sein.

IV. Krankenhaustagegeld

Für jeden Tag eines medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthaltes auf der Allgemeinen Gebührenklasse infolge Krankheit oder Entbindung wird ein Krankenhaustagegeld gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen bezahlt.

V. Kur- bzw. Erholungskostenzuschuss, Gesundheitswoche

- (1) Versicherte, für die die Prämie für Erwachsene bezahlt wird, erhalten für ärztlich verordnete Kur- bzw. Erholungsaufenthalte, im Ausmaß der von der Sozialversicherung genehmigten Dauer, einen Tagessatz gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen für höchstens 28 Tage des Aufenthaltes.

Kinder erhalten pro Tag 25 % des Tagessatzes für einen Erwachsenen gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen, wenn zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme die Prämie für Kinder bezahlt wird.

Kur- und Erholungskostenzuschüsse werden nur dann vergütet, wenn von der Sozialversicherung ein Aufenthalt in einem Kur- oder Erholungsheim genehmigt wird oder ein Zuschuss für den Aufenthalt in einem Kurort bezahlt wird. (Die Bewilligung von Kurmitteln allein genügt nicht.)

Die Dauer des Aufenthaltes ist durch eine von der Verwaltung des Kur- oder Erholungsheimes ausgestellte Aufenthaltsbestätigung nachzuweisen.

- (2) Bei einem Aufenthalt in einem Vertragsgesundheitshotel im Rahmen einer Gesundheitswoche werden die Kosten für die mit dem Vertragsgesundheitshotel vertraglich vereinbarten Therapien in voller Höhe übernommen und direkt mit diesem verrechnet. Die mit dem Vertragsgesundheitshotel vereinbarten ermäßigten Aufenthaltskosten trägt der Versicherte selbst.

Begehrt der Versicherte eine Gesundheitswoche bei einem Vertragsgesundheitshotel hat er einen entsprechenden Antrag in schriftlicher oder in geschriebener Form beim Versicherer einzubringen.

Der Versicherer stellt dem Versicherten auf Anfrage die entsprechenden Unterlagen zur Verfügung.

- (3) Erfolgt der Aufenthalt in einem inländischen Kurzentrum oder in einem inländischen Gesundheitshotel, welche unter ärztlicher Leitung stehen und in denen Therapiebehandlungen durchgeführt werden, wird dem Versicherten für ärztlich verordnete Kurmittel, gegen Vorlage einer saldierten Rechnung, pro Aufenthaltstag ein Tagessatz gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen, höchstens für 28 Tage des Aufenthaltes pro Kalenderjahr, vergütet. Kinder erhalten pro Tag bis 25 % des Tagessatzes für einen Erwachsenen gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen. Die Vergütung erfolgt jedoch nur bis zur Höhe der tatsächlich angefallenen Therapiekosten und wenn kein Anspruch gemäß Abs. (1) und Abs. (2) besteht. (Keine Ordinations- und Aufenthaltskosten.)

Die Dauer des Aufenthaltes muss mindestens 7 Tage betragen und durch eine Aufenthaltsbestätigung von der Verwaltung des Kurzentrums bzw. des inländischen Gesundheitshotels nachgewiesen werden.

- (4) Vom Versicherten kann eine Leistung entweder gemäß Abs. (2) oder gemäß Abs. (3) einmal pro Kalenderjahr in Anspruch genommen werden, sofern die Prämie für Erwachsene bezahlt wird.

VI. Tagegeld in einem Rehabilitationszentrum

- (1) Für stationäre Rehabilitationsbehandlungen im Anschluss an einen Unfall oder nach Herz- und Kreislauferkrankungen erhält der Versicherte ein Tagegeld gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen für höchstens 90 Tage. Kinder erhalten pro Tag 25 % des vereinbarten Tagegeldes für einen Erwachsenen gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen.

Die Dauer des Aufenthaltes ist durch das Bewilligungsschreiben der Sozialversicherung, sowie eine von der Rehabilitationsanstalt ausgestellte Aufenthaltsbestätigung nachzuweisen.

- (2) Versicherte erhalten für die ärztlich verordnete und von der Sozialversicherung bewilligte ambulante Rehabilitationsbehandlung im Anschluss an einen Unfall oder nach Herz- und Kreislauferkrankungen im Ausmaß der von der Sozialversicherung genehmigten Dauer, einen Tagessatz für höchstens 90 Tage für den Versicherungsfall der medizinisch notwendigen Rehabilitationsbehandlung. Nach Beendigung der ambulanten Rehabilitation ist diese durch das Bewilligungsschreiben der Sozialversicherung, sowie durch die Vorlage einer Bestätigung über die einzelnen absolvierten Behandlungstage von einer für ambulante Rehabilitation ausgerichteten Organisationseinheit und Betriebsform jeglicher Art nachzuweisen.

VII. Krankenrücktransport aus dem Ausland bzw. Krankenbesuchsreise

A Krankenrücktransport aus dem Ausland

- (1) Ersetzt werden die entstehenden Kosten eines Rücktransportes des Versicherten aus dem Ausland zum Zwecke der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Österreich, wenn

- der Rücktransport medizinisch begründet und ärztlich angeordnet ist, oder
- ein stationärer Krankenhausaufenthalt im Ausland von mehr als 5 Tagen zu erwarten ist, und der Rücktransport ebenfalls medizinisch begründet und ärztlich angeordnet ist,

sowie einer dem Versicherten nahe stehenden Begleitperson (Ehegatten, Elternteil, Kind).

Medizinisch begründet ist ein Krankenrücktransport aus dem Ausland, wenn eine lebensbedrohende Erkrankung (auch als Folge eines Unfalles) vorliegt und die ärztliche Versorgung im Ausland unzureichend ist.

- (2) Der Versicherer stellt für die Organisation und Durchführung des Krankenrücktransportes aus dem Ausland die TYROL AIR AMBULANCE GmbH, A-6026 Innsbruck-Airport zur Verfügung. Diese ist rund um die Uhr über die Notrufnummer +43(0)512/22422 zu erreichen.

- (3) Wird ein anderes Unternehmen mit der Organisation und Durchführung des Krankenrücktransportes beauftragt, besteht Kostendeckung im Sinne des VII. A (1).

- (4) Der Antrag auf Durchführung eines Krankenrücktransportes aus dem Ausland hat durch den behandelnden Arzt des im Ausland verunfallten oder erkrankten Versicherten, durch den verunfallten oder erkrankten Versicherten selbst oder durch einen seiner Angehörigen zu erfolgen. Dieser Antrag ist in schriftlicher oder in geschriebener Form an den Versicherer bzw. an das vom Versicherer beauftragte Unternehmen zu richten. Der Antrag auf Durchführung eines Krankenrücktransportes aus dem Ausland kann nur bei einem bestehenden gültigen Versicherungsvertrag erfolgen.

- (5) Der Versicherer bzw. das vom Versicherer beauftragte Unternehmen entscheidet im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt über die Notwendigkeit des Krankenrücktransportes des Versicherten aus dem Ausland. Der Versicherer bzw. ein von ihm beauftragtes Unternehmen hat den Rücktransport abzulehnen, wenn aufgrund der Angaben nicht glaubhaft gemacht wurde, dass der Versicherungsschutz besteht, und die Voraussetzungen für den Krankenrücktransport aus dem Ausland gemäß Abs. (1), (2) und (3) nicht vorliegen.

- (6) Ergibt die Prüfung gemäß Abs. (5), dass Versicherungsschutz für den Krankenrücktransport aus dem Ausland besteht, erfolgt dieser Rücktransport mit einem nach medizinischen Kriterien angemessenen Transportmittel (Krankenfahrzeug, Linienflugzeug oder Notarztflugzeug).

- (7) Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherte, die ihren Wohnsitz im Ausland haben und sich bei Eintritt des Versicherungsfalles dort aufhalten, bei Auslandsaufenthalten von mehr als 3 Monaten, bei Auslandsreisen mit dem Ziel der Ausübung von Extremsportarten (insbesondere Base-Jumping, Klippenspringen, Downhill-Biken, Free Solo-Klettern, Slacklining in großer Höhe, Inline Speedskating, Tauchen in mehr als 40 Meter Tiefe oder bei Tauchgängen unter besonders gefährlichen Verhältnissen wie z.B. Apnoe-Tauchen), Expeditionen in entlegene, unerforschte oder schwer zugängliche Gebiete mit kaum vorhandener Infrastruktur, Bergfahrten bzw. Bergbesteigungen ab 4.000m Höhe über dem Meeresspiegel, Montagearbeiten u. dgl., für Schwangerschaftskomplikationen und für Krankheiten und Unfälle, die ihre Ursache in gerichtlich strafbaren Handlungen unter Vorsatz oder grobfahrlässigem Handeln haben (z.B. Alkohol- oder Drogenmissbrauch, Nichteinhaltung empfohlener Schutzimpfungen).

- (8) Der Versicherer bzw. das von ihm beauftragte Unternehmen haften nicht für einen verspäteten oder überhaupt verhinderten Rücktransport infolge höherer Gewalt, Krieg, innerer Unruhen und Eingriffe von Behörden und Ämtern.

B Zusatzleistungen für die Inanspruchnahme einer Krankenbesuchsreise durch eine dem Erkrankten (Verunfallten) nahestehende Person, für die Herstellung des Kontaktes zu österreichischen Vertretungsbehörden im Ausland, für die Beistellung einer ortsansässigen Hilfsperson

- (1) Ist ein Spitalsaufenthalt aufgrund akuter Erkrankung oder Verletzung als Folge eines Unfalles im Ausland von mehr als vierzehntägiger Dauer aus medizinischen Gründen erforderlich, ohne dass die Voraussetzungen für einen Krankenrücktransport gemäß Pkt. VII.A vorliegen, oder ein solcher durchgeführt wurde, ersetzt der Versicherer die Kosten für die Organisation einer Krankenbesuchsreise einer dem Erkrankten (Verunfallten) na-

- hestehenden volljährigen Person (Ehegatte, Elternteil, Kind) zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort sowie die Kosten für eine solche Besuchsreise mittels eines angemessenen Transportmittels. Die Kosten für den Aufenthalt im Ausland werden jedoch nicht ersetzt.
- (2) Erkrankt der Versicherte im Ausland, oder erleidet er aufgrund eines Unfalles im Ausland Verletzungen, und wird dadurch ein Krankenrücktransport gemäß Pkt. VII.A oder ein Spitalsaufenthalt erforderlich, ersetzt der Versicherer die Kosten für die Herstellung des Kontaktes mit der jeweiligen österreichischen Vertretungsbehörde (Botschaft oder Konsulat), sofern deren Hilfestellung zur Gewährleistung der notwendigen medizinischen Versorgung des Erkrankten (Verunfallten) oder der Organisation des Krankenrücktransportes erforderlich ist.
- Bei Vorliegen dieser Voraussetzungen ersetzt der Versicherer weiters die Kosten für die Beistellung einer ortsansässigen Person zum Zweck der Hilfestellung bei der Organisation der notwendigen medizinischen stationären Versorgung oder des Krankenrücktransportes.
- (3) Versicherungsschutz ist nur dann gegeben, wenn die Organisation der Krankenbesuchsreise gemäß Abs. (1), die Kontaktherstellung mit den österreichischen Vertretungsbehörden im Ausland sowie die Beistellung einer ortsansässigen Person gemäß Abs. (2) durch die TYROL AIR AMBULANCE GmbH, A-6026 Innsbruck-Airport, erfolgt (beauftragtes Unternehmen). Diese ist rund um die Uhr über die Notrufnummer +43(0)512/22422 zu erreichen.
- (4) Kein Versicherungsschutz besteht in den Fällen des Pkt. VII. A Abs. (7).
- C Ausnahme vom Versicherungsschutz bei Krankenrücktransport aus dem Ausland bzw. Krankenbesuchsreise**
- Kein Versicherungsschutz besteht in den Fällen der Punkte VII. A und VII. B, wenn der Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde.
- VIII. Überführung eines im Ausland Verstorbenen in seinen Heimatort**
- (1) Ersetzt werden die Kosten der Überführung eines im Ausland verstorbenen Versicherten aus dem Ausland in seinen Heimatort, sofern die Überführung auf Auftrag des Versicherers durch die vom Versicherer bestimmte Vertragsorganisation vorgenommen wird.
- (2) Wird die Vertragsorganisation nicht in Anspruch genommen oder besteht kein Vertrag mehr, so werden die Kosten pro Versicherungsfall bis zu einem bestimmten Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen vergütet.
- (3) Kein Versicherungsschutz besteht in den Fällen des Pkt. VII.A Abs. (7) und (8) bzw. wenn der Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde.
- IX. Leistungen für eine medizinisch notwendige ambulante ärztliche Heilbehandlung wegen akuter Krankheit oder Unfall, die bei einer Urlaubsreise von höchstens 4 Wochen im Ausland erforderlich wird**
- (1) Für solche ambulante ärztliche Behandlungen und Medikamente werden 100 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen pro Kalenderjahr vergütet.
- (2) Für Zahnbehandlungen, Zahnersatz und Kieferregulierungen besteht kein Versicherungsschutz.
- (3) Kein Versicherungsschutz besteht außerdem in den Fällen des Pkt. VII.A Abs. (7) bzw. wenn der Auslandsaufenthalt nur zum Zwecke einer Heilbehandlung angetreten wurde.
- X. Hubschrauberrettung**
- (1) Ersetzt werden die Kosten, die
- bei der Suche und Bergung innerhalb Österreichs eines bei einem Freizeitunfall in den

Bergen verunglückten oder eines in Wassernot geratenen Versicherten, oder

- bei einem Transport innerhalb Österreichs zur Rettung eines bei einem Freizeitunfall verunglückten Versicherten ab NACA III (siehe sogleich), oder
- bei einem Transport eines an einer plötzlich auftretenden Krankheit erkrankten Versicherten ab NACA III (siehe sogleich)

durch einen Rettungshubschrauber von dem Ort, an dem der Versicherungsfall eintritt, in ein Krankenhaus entstehen.

Eine Krankheit gilt dann als plötzlich auftretende Krankheit, wenn sie der Bewertung ab NACA III gemäß NACA-Score entspricht.

Der NACA-Score beschreibt den Schweregrad der Verletzung in der Notfallmedizin. Er umfasst ein Scoring-System zur Einordnung des Erkrankungs- oder Verletzungsschweregrades von Patienten in Kategorien.

Entscheidend ist der NACA-Score, der in einem ärztlichen Befundbericht des Notfallmediziners, von dem der Versicherte während des Transports oder nach dem Transport behandelt wurde, angegeben ist.

Diese Kosten werden bis zu einem Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen pro Versicherungsfall vergütet.

Hat der Versicherte bei anderen Versicherungsträgern, Vereinigungen oder Institutionen einen vertraglichen oder gesetzlichen Anspruch auf die Hubschrauberrettungskosten, besteht Versicherungsschutz nur insoweit, als die Kosten durch diesen Dritten nicht übernommen werden.

- (2) Die Kosten sind mittels der Originalbelege und des Bergungs-/Transportberichtes nachzuweisen.

XI. Bestimmungen betreffend Kostendeckungszusagen

- (1) Die Kostendeckungszusagen nach Pkt. I.A(1), I.B(1), I.C, I.D, I.G(1), III.A, V.(2) und VII.A(2), VII.B(1), VII.B(2) und VIII.(1) können seitens des Versicherers frühestens zum 1. des Vormonats der in §18 AVB-1995 genannten Stichtage in geschriebener Form widerrufen werden, sofern in der Versicherungspolize oder in einem Nachtrag zur Polize kein anderer früherer Widerrufstermin ausdrücklich angegeben ist.

Der Widerruf der Kostendeckungszusage wird nach Ablauf von drei Wochen wirksam.

Ein Widerruf ist für solche stationären Heilbehandlungen ohne Wirkung, die vor dem Wirksamwerden der entsprechenden Mitteilung des Versicherers begonnen haben.

- (2) Diese Kostendeckungszusagen gelten, solange dieser Tarif gemäß § 18 AVB-1995 angepasst wird und bis zu dem Zeitpunkt, zu dem sie frühestens widerrufen werden können und widerrufen werden.

XII. Leistungs- und Prämienanpassung

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

XIII. Beendigung der Versicherung

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

Für Versicherte, deren Anspruchsberechtigung bei einer österreichischen Pflichtkrankenkasse erlischt, und zwar mit dem Ende der Anspruchsberechtigung.

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

Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines anderen Krankenhauses

Pflegegebühren für Hauptversicherte täglich für Familienversicherte täglich	bis	EUR	105,00
	bis	EUR	112,00
Behandlungskosten bei nichtoperativen Fällen	bis	EUR	453,00
interne Behandlungspauschale täglich ab dem ersten Tag	bis	EUR	55,71
Behandlungskosten bei operativen Fällen	bis	EUR	39,00
Ersatz pro Aufenthaltstag	bis	EUR	39,00
Höchstbeträge für Operationskosten:			
Operationsgruppe I	bis	EUR	254,00
Operationsgruppe II	bis	EUR	390,00
Operationsgruppe III	bis	EUR	624,00
Operationsgruppe IV	bis	EUR	1.053,00
Operationsgruppe V	bis	EUR	1.482,00
Operationsgruppe VI	bis	EUR	2.028,00
Operationsgruppe VII	bis	EUR	2.847,00
Operationsgruppe VIII	bis	EUR	3.900,00

Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer im europäischen Ausland

Kostenersatz für Tageskosten: pro Tag	bis	EUR	105,00
---------------------------------------	-----	-----	--------

Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland

pro Kalenderjahr	bis	EUR	150.000,00
------------------	-----	-----	------------

Begleitpersonskosten

Kostenersatz für eine Begleitperson: pro Tag	bis	EUR	100,00
--	-----	-----	--------

Krankenhaus-Ersatztagegeld

für Erwachsene	EUR	100,00
für Kinder	EUR	50,00

Krankenhaustransportkosten infolge eines Unfalles bei stationären Aufenthalten

Krankenhaustransportkostenersatz pro Kalenderjahr	bis	EUR	146,00
---	-----	-----	--------

Arzt- und Facharztkosten für Schul- und Ganzheitsmedizin (ausgenommen Fachärzte für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Zahnärzte und Dentisten, sowie Behandlungen an Zähnen und Zahnhalteapparat und Zahnersatz) und physikalische Behandlungen infolge eines Unfalles

100 % der Kosten pro Kalenderjahr	bis	EUR	200,00
-----------------------------------	-----	-----	--------

Operative ambulante Heilbehandlung bei Nichtvertragspartnern infolge eines Unfalles

Höchstbeträge 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
Operationsgruppe V	bis	EUR	1.310,00
Operationsgruppe VI	bis	EUR	1.529,00

Stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus

Krankenhaustagegeld infolge Krankheit und Entbindung

	EUR	30,00
--	-----	-------

Kur- bzw. Erholungskostenzuschuss (§ 5(18) AVB-1995)

Tagesatz für Erwachsene	bis	EUR	20,00
für Therapiekosten pro Tag	bis	EUR	40,00

Tagegeld in einem Rehabilitationszentrum

Rehabilitationstagegeld für Erwachsene	EUR	20,00
--	-----	-------

Überführung eines im Ausland Verstorbenen in seinen Heimatort

bei Nichtinanspruchnahme der Vertragsorganisation pro Versicherungsfall	bis	EUR	750,00
---	-----	-----	--------

Ambulante ärztliche Heilbehandlung im Ausland

pro Kalenderjahr	bis	EUR	15.000,00
------------------	-----	-----	-----------

Hubschrauberrettungskosten

pro Versicherungsfall	bis	EUR	3.650,00
-----------------------	-----	-----	----------

