

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung

Spitalskostentarif MHU/210 - 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 30 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 (Pflegegebühren, 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 (Pflegegebühr, 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 (Pflegegebühr, 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 Krankentransportkosten 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. Operative ambulante Heilbehandlung infolge eines Unfalles

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige operative ambulante Heilbehandlungen gemäß II.A, II.B, II.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 Sozialversicherungsersatztarifes 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 Krankenhausgebühren und Arzthonorare, 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 Kostenübernahmeanfrage (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 Kostenübernahmeanfrage werden wir Sie gesondert informieren. Besteht kein Anspruch auf Direktverrechnung, erbringen wir die unter Punkt II.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. II.A oder II.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 ambulanten 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.

III. Kur- bzw. Erholungskostenzuschuss, Gesundheitswoche

- 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.

- 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.

- 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.

- 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.

IV. Tagegeld in einem Rehabilitationszentrum

- 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.

- 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.

V. Bestimmungen betreffend Kostendeckungszusagen

- Die Kostendeckungszusagen nach Pkt. I.A(1), I.B(1), I.C, I.D, I.C(1), II.A und III.(2) 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 früherster 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.

- 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.

VI. Leistungs- und Prämienanpassung

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

VII. 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.

VIII. Eingeschränkter Verzicht auf eine künftige Gesundheitsprüfung

Bei Versicherten in der letztgültigen Anpassungsstufe des derzeitigen Tarifs (siehe § 18 AVB-1995) verzichten wir für den Fall der künftigen Beantragung eines allfälligen dann zum Verkauf stehenden höherwertigeren Spitalskostentarifs (höherwertig bedeutet eine Erweiterung des Leistungsumfanges und/oder der Leistungshöhe) zum Ende der laufenden Versicherungsperiode einmalig auf eine Gesundheitsprüfung und auf neuerliche Wartezeiten, wenn der Versicherte zum Ende der laufenden Versicherungsperiode das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Bestehende Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse bleiben unberührt.

Eine solche Umstellung ist vom Versicherungsnehmer unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zum Ende der laufenden Versicherungsperiode mit eigenhändiger Unterschrift zu beantragen. Wenn die Umstellung für eine mitversicherte Person gewünscht wird, bedarf es zusätzlich auch ihrer eigenhändigen Unterschrift.

Liegen die voranstehenden Voraussetzungen nicht vor, ist eine Umstellung in einen höherwertigeren Spitalskostentarif nur noch mit einer erneuten Gesundheitsprüfung und Einhaltung neuerlicher Wartezeiten möglich.

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	bis	EUR	105,00	
für Familienversicherte täglich	bis	EUR	112,00	
Behandlungskosten bei nichtoperativen Fällen				
interne Behandlungspauschale	bis	EUR	453,00	
täglich ab dem ersten Tag	bis	EUR	55,71	
Behandlungskosten bei operativen Fällen				
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

Kostensersatz 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

Kostensersatz für eine Begleitperson:			
pro Tag	bis	EUR	100,00

Krankenhaus-Ersatztagegeld									
für Erwachsene		EUR	100,00	Operationsgruppe III	bis	EUR	400,00		
für Kinder		EUR	50,00	Operationsgruppe IV	bis	EUR	946,00		
				Operationsgruppe V	bis	EUR	1.310,00		
				Operationsgruppe VI	bis	EUR	1.529,00		
Krankenhaustransportkosten infolge eines Unfalles bei stationären Aufenthalten				Kur- bzw. Erholungskostenzuschuss (§ 5(18) AVB-1995)					
Krankenhaustransportkostenersatz pro Kalenderjahr	bis	EUR	146,00	Tagessatz für Erwachsene	bis	EUR	20,00		
Operative ambulante Heilbehandlung bei Nichtvertragspartnern infolge eines Unfalles				für Therapiekosten pro Tag		EUR	40,00		
Höchstbeträge für Operationskosten:				Tagegeld in einem Rehabilitationszentrum					
Operationsgruppe I	bis	EUR	91,00	Rehabilitationstagegeld für Erwachsene		EUR	20,00		
Operationsgruppe II	bis	EUR	164,00						



