

**I. Monatliche Pflegepauschale**

Bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 4 oder höher wird folgende monatliche Pflegepauschale zur Auszahlung gebracht:

Pflegestufe 4: .....	EUR	611,00
Pflegestufe 5: .....	EUR	979,00
Pflegestufe 6: .....	EUR	1.589,00
Pflegestufe 7: .....	EUR	2.445,00

**II. Schwere Erkrankungen/Ereignisse**

**1. PAUSCHALE BEI SCHWEREN ERKRANKUNGEN/EREIGNISSEN**

Bei Eintritt einer der nachfolgenden schweren Erkrankungen/Ereignisse vor dem vollendeten 60. Lebensjahr wird eine Pauschale von ..... EUR 24.450,00 zur Auszahlung gebracht:

- a) Herzinfarkt bzw. Bypass-Operation am Herzen
- b) Krebs
- c) Schlaganfall, cerebrovaskulärer Insult, Apoplex (Gehirnschlag, Apoplexie)
- d) Chronisches Nierenversagen
- e) Organtransplantation
- f) Querschnittlähmung
- g) Blindheit
- h) Multiple Sklerose

Bei gleichzeitigem Auftreten von den in den Kategorien a) bis h) genannten schweren Erkrankungen/Ereignissen oder nachfolgendem Auftreten dieser schweren Erkrankungen/Ereignisse wird die Pauschale mehrfach, jedoch maximal einmal pro Kategorie ausbezahlt.

**A. Ergänzende Versicherungsbedingungen**

**1. Wartezeiten**

Die allgemeine Wartezeit entfällt.

**2. Monatliche Pflegepauschale (Punkt I)**

2.1. In Erweiterung des Punkt 1.1. Allgemeine Versicherungsbedingungen gilt als Versicherungsfall die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person.

2.2. Basis für die Auszahlung der monatlichen Pflegepauschale ist der Nachweis und die Stufe des staatlichen Pflegegeldes gemäß dem österreichischen Pflegegeldgesetz. Dieser Nachweis ist UNIQA unverzüglich vorzulegen.

2.3. Der Leistungsanspruch auf die monatliche Pflegepauschale beginnt mit dem darauffolgenden Monat, ab dem der Nachweis bei UNIQA eingelangt ist.

2.4. Die Auszahlung der Pflegepauschale erfolgt monatlich im vorhinein.

2.5. Im Falle einer Änderung der Pflegestufe (Erhöhung oder Rückstufung) gelten die Bestimmungen der Punkte 2.1. bis 2.4. sinngemäß.

2.6. Sobald die Anspruchsvoraussetzungen für ein gesetzliches Pflegegeld der Pflegestufe 4 oder höher nicht mehr gegeben sind, hat unverzüglich eine Meldung an UNIQA unter Angabe des Änderungszeitpunktes zu erfolgen.

2.7. UNIQA kann unabhängig von den vorgenannten Punkten

**2. PSYCHOLOGISCHE BERATUNG**

UNIQA organisiert für die versicherte Person im Falle des Eintrittes der unter Punkt 1. genannten schweren Erkrankungen/Ereignisse vor dem vollendeten 60. Lebensjahr auf Wunsch professionelle und unmittelbare Notfallbetreuung durch externe, psychologische Fachleute und übernimmt die damit im Zusammenhang stehenden Kosten.

Die Versicherungsleistung ist mit 6 Einheiten pro schwerer Erkrankung/Ereignis begrenzt.

**III. PflegeAssistance**

Bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit können nachfolgende Assistenzleistungen (Information, Beratung, Koordination und Organisation) im Zusammenhang mit Pflege in Anspruch genommen werden.

Darunter fallen beispielsweise folgende Bereiche:

- telefonische Beauskunftung zum gesetzlichen Pflegegeld
- Bekanntgabe von ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen
- telefonische und/oder persönliche Hilfestellung (z.B. unverbindliche Feststellung vorort, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt und Anspruch auf das gesetzliche Pflegegeld besteht)
- Vermittlung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen (ohne Garantie auf Erhalt eines Pflegeplatzes)

jederzeit die Vorlage des Nachweises hinsichtlich des Anspruches auf das staatliche Pflegegeld und der Pflegestufe einfordern.

2.8. Bei Wegfall oder grundlegender Änderung des gesetzlichen Pflegegeldes erfolgt die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit und die Festlegung der Pflegestufe durch UNIQA. Basis hiezu sind die zuvor zuletzt in Kraft gewesenen Einstufungskriterien des gesetzlichen Pflegegeldes bzw. der dort in den Stufen 4 bis 7 in Stunden pro Monat festgelegte Pflegebedarf.

**3. Schwere Erkrankungen/Ereignisse (Punkt II)**

3.1. Die Versicherungsleistung steht zur Verfügung, wenn die versicherte Person vom Zeitpunkt der Diagnosestellung oder - soweit auf die schwere Erkrankung anwendbar - vom Zeitpunkt der Operation mindestens 30 Tage überlebt.

3.2. Sofern nicht im Punkt 3.3. anders geregelt, entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistung 30 Tage nach Diagnosestellung der schweren Erkrankungen/Ereignisse.

**3.3. Definition der schweren Erkrankungen/Ereignisse**

a) Herzinfarkt bzw. Bypass-Operation am Herzen

Herzinfarkt: bleibende Schädigung oder der Untergang eines Teiles des durch die Koronararterien (Herzkranzgefäße) versorgten Herzmuskelgewebes infolge unzureichender Blutzufuhr. Es besteht Leistungspflicht, wenn folgende Nachweise vorliegen:

- charakteristische, plötzlich einsetzende starke Brustschmerzen in der Vorgeschichte

- neu auftretende, für einen Herzinfarkt typische EKG-Veränderungen
- eindeutig nachgewiesene Erhöhung von herzspezifischen Enzymen (z.B.: CPK, CKMB, LDH), Myoglobin oder Troponin I oder Troponin T

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen: ein stummer Herzinfarkt; ein Herzinfarkt, der ohne ST-Hebung verläuft (NSTEMI); andere akute Koronarsyndrome.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten kardiologisch - internistischen Diagnose.

Bypass-Operation: Durchführung einer Operation unter Eröffnung des Brustraumes zur Korrektur von Verengung oder Verschluss von mindestens zwei Koronararterien mittels koronarer Bypass-Transplantate. Die medizinische Notwendigkeit der Operation muss durch einen Kardiologen bestätigt und durch eine Koronarangiographie nachgewiesen sein.

Angioplastie (PTCA) und/oder andere intraarterielle Therapieverfahren sowie die minimal invasive Chirurgie fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht 30 Tage nach Abschluss einer erfolgreichen Operation.

#### b) Krebs

Vorliegen eines oder mehrerer Tumore, die durch mikroskopische Gewebeuntersuchung (Histologie) als bösartig klassifiziert wurden und durch unkontrolliertes Wachstum, Ausbreitung maligner (bösartiger) Zellen und durch Infiltration in normales Gewebe charakterisiert werden. Sollte eine Histologie nicht möglich sein, muss die Bösartigkeit durch eine andere schulmedizinisch anerkannte Untersuchungsmethode nachgewiesen sein. Unter den Begriff "Krebs" fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Frühformen von Krebserkrankungen fallen nicht unter den Versicherungsschutz:

- Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse I (Ann-Arbor-Klassifikation)
- Frühformen der Leukämie (ausgenommen: chronisch lymphatische Leukämie), wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen im Blut vorliegt
- Chronisch lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von RAI Klasse I oder Binet Klasse A-1
- Carcinoma in situ oder prä-maligne Formen
- Frühformen des Muttermundkrebses aller CIN-Stadien der nach PAP-Klassifikation PAP-1 bis PAP-4
- Frühformen des Prostatakrebses der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1(a), T1(b), T1(c) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation)
- maligne Melanome der TNM-Klassifikation T1aNOMO, T1bNOMO, T2aNOMO, sowie Basalzell- oder Spindelzellkarzinome
- alle Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht mit der histologisch gesicherten onkologischen Diagnose.

#### c) Schlaganfall, zerebrovaskulärer Insult, Apoplex (Gehirnschlag, Apoplexie)

Plötzlich auftretende neurologische Ausfallerscheinungen, die mehr als 24 Stunden andauern. Der Insult schließt eine Infarzierung von Hirngewebe, Blutung oder Embolie aus extrakranieller Quelle ein. Die Diagnose muss ferner durch typische Befunde in der Computer- oder Kernspintomographie des Gehirns untermauert sein. Die neurologischen Ausfälle müssen über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten anhalten.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind vorübergehende Hirndurchblutungsstörungen (transiente ischämische Attacken, sog. TIAs), traumatische Hirnschädigungen, lakunäre Infarkte ohne neurologische Defizite und migränebedingte neurologische Ausfallerscheinungen.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn ein Facharzt bestätigt, dass die neurologischen Ausfallerscheinungen über einen Zeitraum von 3 Monaten bestanden haben.

#### d) Chronisches Nierenversagen

Endgültiges, nicht mehr zu behebendes Versagen beider Nieren, auf Grund dessen eine regelmäßige Dialyse oder eine Nierentransplantation notwendig ist.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht mit der fachärztlich gesicherten Indikation zur Dialyse.

#### e) Organtransplantation

Durchführung einer Transplantation von Herz, Leber, Lunge, Bauchspeicheldrüse, Niere, Dünndarm oder Knochenmark bei der versicherten Person als Organempfänger. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Transplantationen aller anderen Organe, von Organteilen oder andere Gewebetransplantationen.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht 30 Tage nach Abschluss einer erfolgreichen Transplantation.

#### f) Querschnittslähmung

Vollständiger und dauerhafter Verlust der Funktionsfähigkeit von zwei oder mehr Extremitäten infolge einer durch Unfall oder Krankheit verursachten Unterbrechung der nervalen Versorgung durch das Rückenmark. Die Lähmungen müssen über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten anhalten.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Lähmungen auf Grund eines Guillain-Barré-Syndroms.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn ein Facharzt für Neurologie bestätigt, dass die Lähmungen über einen Zeitraum von drei Monaten bestanden haben.

#### g) Blindheit

Vollständiger, bleibender und nicht mehr therapierbarer Verlust des Sehvermögens beider Augen infolge Krankheit oder Unfall. Die Diagnose muss durch einen Facharzt für Augenheilkunde gestellt und durch spezifische Tests abgesichert werden.

#### h) Multiple Sklerose

Entzündliche Erkrankung des Zentralnervensystems mit Entmarkungsherden in der weißen Substanz des Gehirns oder Rückenmarks.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn

- nachgewiesen wird, dass neurologische Störungen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten bestanden haben, oder
- neurologische Störungen in Form von zwei Schüben, die in einem zeitlichen Mindestabstand von einem Monat aufgetreten sind, oder
- neurologische Störungen, die in Form eines Schubes kombiniert mit charakteristischen Befunden in der Rückenmarksflüssigkeit sowie spezifischen Befunden in der Kernspintomographie aufgetreten sind.

Die Diagnose muss durch einen Facharzt für Neurologie anhand der typischen Symptome der Demyelinisierung (Nervenmarkabbau) und der Beeinträchtigung der sensorischen und motorischen Funktionen nachgewiesen werden. Außerdem müssen sich in der Kernspintomographie die für die Multiple Sklerose typischen Veränderungen nachweisen lassen.

3.4. Im Leistungsfall sind UNIQA folgende Unterlagen zur Verfügung zu stellen:

- Facharztbericht über das Vorliegen der unter Punkt 3.3. versicherten schweren Erkrankungen/Ereignisse sowie die Ursache für deren Eintritt

- das Ergebnis entsprechender klinischer, radiologischer, histologischer und labormedizinischer Untersuchungen, welche die Diagnose bestätigen sowie gegebenenfalls die unter Punkt 3.3. angeführten Nachweise

3.5. Sollten eine oder mehrere der versicherten schweren Erkrankungen/Ereignisse während des Bestehens dieser Versicherung nach allgemein anerkannter medizinischer Auffassung auf Basis von

- genetischen Behandlungen (Gentherapie)
- Impfungen nach Diagnose der Krankheit
- jeglicher anderer Form von medizinischer oder anderer Behandlung

ganz oder teilweise heilbar sein, so wird der Versicherungsschutz dahingehend geändert, dass die betreffenden schweren Erkrankungen/Ereignisse in ihrer Definition der medizinischen Entwicklung angepasst werden oder ganz entfallen. In diesem Fall erfolgt - soweit erforderlich - eine entsprechende Anpassung der Prämie.

#### 4. Umstellung von Kinder- auf Erwachsenenprämie

Hat ein versichertes Kind das 18. Lebensjahr vollendet, so sind wir berechtigt, die Prämie auf denjenigen Betrag anzuheben, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten (siehe dazu Punkt B 3. Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes).

---

### B. Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes

1. Wir sind berechtigt, die Prämie oder den Versicherungsschutz nach Vertragsabschluss einseitig zu ändern. Maßgebende Umstände für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes sind die Veränderungen folgender Faktoren:

1.1. des von der Bundesanstalt "Statistik Österreich" (Statistik Austria) veröffentlichten Verbraucherpreisindex (VPI) 2015,

1.2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,

1.3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,

1.4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,

1.5. der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und

1.6. des Gesundheitswesens und der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

1.7. für Gruppenversicherungen zusätzlich zu den in 1.1 bis 1.6 genannten Umständen: auch eine Änderung der in 1.2 und 1.3 genannten Umstände bloß bei den zu dieser Gruppe gehörenden Versicherten, auch infolge einer Änderung des Durchschnittalters der Gruppe.

2. Die Erklärung der Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes gemäß Punkt 1 wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten. Wenn wir die Prämie nach Punkt 1 erhöhen, werden wir dem Versicherungsnehmer (in der Gruppenversicherung dem Hauptversicherten) auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anbieten.

3. Hat ein versichertes Kind das 18. Lebensjahr vollendet, so sind wir berechtigt, die Prämie auf denjenigen Betrag anzuheben, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten. Von einer solchen Prämienanhebung werden wir den Versicherungsnehmer (in der Gruppenversicherung den Hauptversicherten) mindestens einen Monat vor Wirksamkeit der Anhebung unter Bekanntgabe der angehobenen Prämie verständigen und ihm die Möglichkeit einräumen, den Versicherungsvertrag vom Zeitpunkt des Erhalts der Verständigung binnen vier Wochen zu kündigen, ohne dass die Prämienanhebung wirksam wird. In der Gruppenversicherung können wir mit dem Versicherungsnehmer ein anderes für die Prämienanhebung maßgebliches Lebensalter vereinbaren, wobei dieses Lebensalter aber nicht über 20 Jahren liegen darf.

4. Erklärungen der Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes gemäß Punkt 1 erfolgen vier Mal jährlich zu folgenden Stichtagen: 1. Februar, 1. März, 1. Mai und 1. August. Die Anpassung in der Gruppenversicherung kann durch Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer von den oben genannten Zeitpunkten abweichen.

5. Veröffentlicht die Statistik Austria den in Punkt 1.1 vereinbarten Index nicht mehr, so tritt an seine Stelle jener Index, den die Statistik Austria als seinen Nachfolgeindex bezeichnet; in Ermangelung eines solchen Nachfolgeindex jener von der Statistik Austria oder ihrer Nachfolgeorganisation veröffentlichte Index, der dem Index laut Punkt 1.1 am nächsten kommt.

6. Die Anpassung der Prämien kann dazu führen, dass diese während der Vertragslaufzeit erheblich ansteigen.

---

### C. Sonstige Hinweise

Für die Inanspruchnahme der psychologischen Beratung und der PflegeAssistance rufen Sie bitte folgende Telefonnummer an: +43 (0) 50677-670