

## Versicherung für ambulante Heilbehandlung Tarifgruppe AN (mit Wertanpassung)

für nicht gesetzlich krankenversicherte Personen  
für Grenzgänger mit Anspruchsberechtigung bei der SUVA und Vergleichbare

### Leistungstarif

In der Versicherung für ambulante Heilbehandlung Tarifgruppe AN werden Kosten bis zu den folgenden Summen pro Kalenderjahr vergütet:  
(Beträge in EUR)

	Tarif AN100	Tarif AN200	Tarif AN300	Tarif AN400
Arzt- und Facharztkosten (Ordinationen, Hausbesuche, ärztliche Sonderleistungen und besondere Untersuchungen, ambulante Operationen, ärztliche Weggebühren), Arzneimittel, Heilbehelfe, physiotherapeutische Heilbehandlung, medizinische Hauskrankenpflege	1.090,00	2.180,00	3.270,00	4.360,00
Im Rahmen dieser Jahreshöchstsumme stehen für				
- Ganzheitsmedizin (Akupunktur, Biofeedback, Chiropraktik, Homöopathie, Neuraltherapie, Reflexzonenmassage)	582,00	582,00	582,00	582,00
- Psychotherapeutische Heilbehandlung	300,00	300,00	300,00	300,00
- Sehbehelfe (alle 2 Jahre)	185,00	296,00	407,00	518,00
- Vorsorgeuntersuchung (innerhalb von 2 Jahren)	72,00	108,00	144,00	180,00
zur Verfügung.				
Nach Ausschöpfung der Jahreshöchstsumme weiterhin 50%iger Kostenersatz ohne Jahreslimit (ausgenommen Ganzheitsmedizin, psychotherapeutische Heilbehandlung, Sehbehelfe, Vorsorgeuntersuchung).				
Zahnbehandlung (100% Kostenerstattung) und Zahnersatz (80% Kostenerstattung)	364,00	728,00	1.092,00	1.456,00
Kieferregulierung (80% Kostenerstattung)	146,00	292,00	438,00	584,00

# Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Versicherung für ambulante Heilbehandlung Tarifgruppe AN

## für nicht gesetzlich krankenversicherte Personen für Grenzgänger mit Anspruchsberechtigung bei der SUVA und Vergleichbare

Soweit diese Ergänzenden Versicherungsbedingungen keine Sonderregelung enthalten, gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVBK 1998) und die gesetzlichen Vorschriften.

### § 1 Leistungsvoraussetzung

Unter Versicherungsschutz stehen Leistungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlungen wegen Krankheit, Unfall oder Entbindung.

Der Versicherte hat freie Wahl unter den niedergelassenen, zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes zugelassenen Ärzten und Dentisten.

Behandeln Ärzte sich selbst, Ehegatten, Eltern oder Kinder, werden nur die nachgewiesenen Sachkosten erstattet.

### § 2 Leistungsumfang

Nach Vorlage der Belege gemäß § 7 Pkt. 1 der AVBK 1998 werden im Rahmen der tariflichen Leistungen vergütet:

- bei Zahnersatz (lt. § 12 Pkt. 1) 80% des Rechnungsbetrages
- bei allen anderen Leistungen 100% des Rechnungsbetrages

Die vorgelegten Originalrechnungen gehen in das Eigentum der Gesellschaft über.

Bei Zusammentreffen von Leistungsansprüchen für ambulante Heilbehandlung aus der Tarifgruppe AN und allfälligen weiteren Tarifen werden Leistungen aus der Tarifgruppe AN erst nach Inanspruchnahme der weiteren Tarife erbracht.

### § 3 Arzt- und Facharztkosten

Versicherungsleistungen werden erbracht für:

- Ordinationen
- Hausbesuche
- ärztliche Sonderleistungen und besondere Untersuchungen (z.B. Injektionen, Infusionen, EKG, Labor- und bildgebende Untersuchungen einschl. Computer- und Kernspintomographie, Strahlentherapie)
- ambulante Operationen
- ärztliche Weggebühren

#### Hausbesuche:

Die Kosten der ärztlichen Hausbesuche werden nur dann vergütet, wenn der Zustand des Versicherten das Aufsuchen des Arztes nicht gestattet; ansonsten wird nur Entschädigung für Ordinationen geleistet.

#### Strahlentherapie

Als Kosten der Strahlentherapie gelten das Honorar des behandelnden Arztes und der Assistenz, die Kosten für Benützung von Geräten, für strahlendes Material und sonstigen Sachaufwand sowie alle Nebenkosten.

#### Ambulante Operationen

Zu den Operationskosten zählen insbesondere das Honorar des Operateurs, des Anästhesisten, der bei der Operation assistierenden Ärzte und die Kosten des Pflegepersonals für die Operation; weiters die mit der Operation zusammenhängenden gesondert in Rechnung gestellten Sachkosten und die Vor- und Nachbehandlung.

#### Ärztliche Weggebühren:

Weggebühren des Arztes werden erstattet, wenn am Wohnort des Versicherten kein Arzt ansässig ist; nicht erstattet werden die Kosten für Fahrten des Versicherten zu einem Arzt.

### § 4 Arzneimittel (Heilmittel)

Die Kosten der im Rahmen einer Heilbehandlung verordneten, dem Arzneimittelgesetz entsprechenden und aus einer Apotheke bezogenen Arzneimittel werden ersetzt (inkl. homöopathische Mittel).

Ersetzt werden auch die Kosten von ärztlich empfohlenen Schutzimpfungen (ausgenommen Reiseimpfungen).

Nicht erstattet werden die Kosten für alle nicht in Österreich registrierten Arzneimittel. Bei Arzneimittelbezug im Rahmen einer Heilbehandlung im Ausland gelten hinsichtlich der Registrierung die jeweiligen örtlichen Vorschriften.

Ebensowenig erstattet werden die Kosten für Heil- und Mineralwässer, Medizinalweine, Nähr- und Stärkungsmittel, geriatrische Mittel, Tonika und kosmetische Mittel.

### § 5 Heilbehelfe (Hilfsmittel)

Als Heilbehelfe (Hilfsmittel) gelten

z.B. Hörgeräte, Bruchbänder, Gliederprothesen, orthopädische Korsette, orthopädische Schuheinlagen und die orthopädische Ausstattung von Schuhen, Bandagen und Bauchmieder,

nicht jedoch z.B. Irrigatoren, Inhalationsapparate, Milchpumpen, Mundduschen, Eisbeutel, Heizkissen, Fieberthermometer, Blutdruckmessgeräte, Behelfe zur Korrektur von Zahn- und Kieferfehlstellungen sowie alle sonst zur Körper- und Krankenpflege dienenden Apparate und Behelfe.

Hat der Versicherer für Heilbehelfe Kostenersatz geleistet, so besteht ein neuerlicher Anspruch auf Leistungen erst nach Ablauf der üblichen Nutzungsdauer, sofern nicht zu einem früheren Zeitpunkt aus medizinischen Gründen eine Neuanschaffung notwendig ist.

Leistungen für Sehbehelfe sind in § 6 geregelt.

### § 6 Sehbehelfe

Als Sehbehelfe gelten Brillen und Kontaktlinsen. Hat der Versicherer für Sehbehelfe Kostenersatz geleistet, so besteht ein neuerlicher Anspruch auf Leistungen frühestens nach 2 Jahren, sofern nicht zu einem früheren Zeitpunkt aus medizinischen Gründen eine Neuanschaffung notwendig ist.

Leistungen für Sehbehelfe werden erbracht, wenn die Tarifvariante "inklusive Sehbehelfe" versichert ist.

### § 7 Physiotherapeutische Heilbehandlung

Die Kosten ärztlich verordneter, physiotherapeutischer Heilbehandlungen (z.B. physikalische Behandlungen, Heilbäder) werden erstattet, wenn sie durch einen Arzt oder einen zur freiberuflichen Ausübung dieser Dienste Berechtigten durchgeführt wurden.

Zusätzliche Kosten für Ordinationen und Hausbesuche werden nicht vergütet.

## § 8

### **Psychotherapeutische Heilbehandlung**

Die Kosten psychotherapeutischer Heilbehandlungen werden erstattet, wenn diese durch einen Arzt vorgenommen wurden. Die Kosten werden auch erstattet, wenn die psychotherapeutische Heilbehandlung auf ärztliche Verordnung durch Personen erfolgt, die zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind. Die ärztliche Verordnung muss die Diagnose beinhalten.

Zusätzliche Kosten für Ordinationen und Hausbesuche werden nicht vergütet.

Voraussetzung für die Leistungserbringung ist das Vorliegen einer psychischen Störung, die als Krankheit anzusehen ist.

Erstreckt sich die psychotherapeutische Behandlung eines Krankheitsgeschehens über einen Zeitraum von mehr als 12 Monaten, werden weitere Behandlungskosten nur nach Vorliegen einer schriftlicher Leistungszusage des Versicherers erbracht.

## § 9

### **Medizinische Hauskrankenpflege**

Die medizinische Hauskrankenpflege umfasst bestimmte medizinische Leistungen, die nur auf ärztliche Anordnung von diplomierten Krankenschwestern bzw. Krankenpflegern erbracht werden (z.B. Verabreichung von Injektionen, Sondenernährung, Wundversorgung).

Voraussetzung für den Leistungsanspruch ist das Vorliegen eines Versicherungsfalles im Sinne von § 1 Pkt. 2a der AVBK 1998.

## § 10

### **Vorsorgeuntersuchung**

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Untersuchungen, die abweichend von § 1 nicht im Rahmen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung erfolgen.

## § 11

### **Ganzheitsmedizin**

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auch auf komplementärmedizinische Behandlungen (Ganzheitsmedizin).

Darunter sind folgende Behandlungen zu verstehen: Akupunktur, Biofeedback, Chiropraktik, Homöopathie, Neuraltherapie, Reflexzonenmassage.

Voraussetzung für die Anerkennung der Leistung ist die Durchführung durch einen Arzt.

## § 12

### **Zahnbehandlung, Zahnersatz und sonstige zahnärztliche Leistungen**

1. Zahnbehandlung und Zahnersatz im Sinne der entsprechenden Leistungsposition im Tarif sind (einschließlich allfälliger Anästhesie):

Zahnbehandlung: Zahnrontgen, Plomben, Wurzelbehandlungen

Zahnersatz: Kronen, Stifzähne, Brücken, Implantate, Prothesen

Die behandelten oder ersetzten Zähne müssen in der Rechnung nach dem üblichen Zahnschema eindeutig bezeichnet sein. Bei größeren Zahnarbeiten oder über Verlangen des Versicherers muss die Rechnung das Zahnbild enthalten.

2. Kostenersatz für die Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten (z.B. Stomatitis, Gingivitis, Periostitis, Kiefereiterungen) sowie für zahn- und kieferchirurgische Eingriffe (z.B. Zahnextraktion, Exstirpation von Zysten, Wurzelspitzenresektion, Kiefer-

kammkorrektur, Taschenabtragung) einschließlich Anästhesie wird im Rahmen von Arzt- und Facharztkosten (vgl. § 3) geleistet.

Ebenso werden Kosten für kieferorthopädische Behandlungen mit Ausnahme der Kieferregulierung im Rahmen von Arzt- und Facharztkosten vergütet.

3. Kieferregulierung:

Die Leistung für Kieferregulierung umfasst die Behandlungskosten, nicht jedoch die Behelfe zur Korrektur von Zahn- und Kieferfehlstellungen.

## § 13

### **Leistungen nach Ausschöpfung der tariflichen Leistungsgrenzen**

Ist die laut Leistungstarif vorgesehene Jahreshöchstsumme ausgeschöpft, werden die Kosten für Arzt- und Facharztkosten (§ 3), Arzneimittel (§ 4), Heilbehelfe (§ 5), physiotherapeutische Heilbehandlung (§ 7) und medizinische Hauskrankenpflege (§ 9) mit 50% des Rechnungsbetrages ohne Jahreslimit ersetzt.

Für Sehbehelfe (§ 6), psychotherapeutische Heilbehandlung (§ 8), Vorsorgeuntersuchung (§ 10), Ganzheitsmedizin (§ 11), Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferregulierung (§ 12) werden nach Ausschöpfung der Jahreshöchstsumme keine weiteren Leistungen erbracht.

## § 14

### **Selbstbehalt (Integralfranchise)**

1. Für die Tarifgruppe AN gilt ein Selbstbehalt (Integralfranchise) in der Höhe von EUR 70,00 pro Person und pro Kalenderjahr. Das heißt, eine - dann allerdings ungekürzte - Zahlung erfolgt erst, wenn die Höhe der Leistung gemäß § 2 den Betrag von EUR 70,00 pro Person und Kalenderjahr übersteigt.
2. Der Selbstbehalt (Integralfranchise) entfällt, wenn für die versicherte Person unter derselben Versicherungsurkunde eine Krankenhauskostenversicherung Tarifgruppe N oder Tarifgruppe S besteht.

Entfällt diese Voraussetzung während eines Kalenderjahres, gelangt der Selbstbehalt (Integralfranchise) in voller Höhe zur Anwendung. Dabei werden im betreffenden Kalenderjahr bereits erbrachte Leistungen berücksichtigt.

## § 15

### **Prämienbegünstigungen**

1. Bei Versicherung von Ehepaaren in der Versicherung für ambulante Heilbehandlung mit einer Versicherungsurkunde gilt die ermäßigte Ehepaarprämie. Die ermäßigte Ehepaarprämie gilt nur so lange, als die gemeinsame Versicherung mit einer Versicherungsurkunde besteht. Bei Wegfall dieser Voraussetzung wird ab dem folgenden Monatsersten die dem Eintrittsalter entsprechende Prämie für Männer bzw. Frauen vorgeschrieben.
2. Kinder können nur dann gegen Zahlung der Prämie der Altersgruppe 0 bis 18 Jahre versichert werden, wenn mindestens ein Elternteil in der Versicherung für ambulante Heilbehandlung mit der gleichen Versicherungsurkunde versichert wird und alle im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder mitversichert werden.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, so werden für das 4. Kind und weitere Kinder keine Prämien berechnet.

Werden Kinder jedoch alleine versichert, sind für sie die Prämien der ersten Altersgruppe für Männer zu entrichten.

Für versicherte Kinder sind ab dem 1. Juli des Jahres, in dem sie das 19. Lebensjahr vollenden, diejenigen Prämien laut Einzeltarif zu bezahlen, die für Männer bzw. Frauen zu entrichten sind.

#### § 16

##### **Wertanpassung**

1. Die Gesellschaft verpflichtet sich, ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeit und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes, den Versicherungsschutz in seinem Wert durch entsprechende Anpassungen zu erhalten.
2. Für die Ermittlung der erforderlichen Anpassung vergleicht die Gesellschaft laufend die zu erwartenden mit den kalkulierten Leistungen. Ergibt dieser Vergleich, dass sich die zu erwartenden Versicherungsleistungen im Ausmaß von mindestens einer Aufbaustufe AN1 ändern, so werden die Leistungen und Prämien den geänderten Verhältnissen angepasst.

Insbesondere ist eine Anpassung durchzuführen, wenn sich der vom Österreichischen Statistischen Zentralamt verlautbarte Index der Verbraucherpreise seit der letzten Anpassung um mindestens 5% verändert hat.

3. Die Anpassung erfolgt durch Veränderung um die entsprechende Zahl von Aufbaustufen.

Für die Bemessung der Mehrprämie ist das Alter im Zeitpunkt der Anpassung maßgeblich.

4. Die geänderten Leistungen und Prämien werden zum 1. des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.
5. Die Anpassung ist nicht durchzuführen, wenn ihr der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach Empfang der Mitteilung durch die Gesellschaft schriftlich widerspricht. Diese Mitteilung hat einen Hinweis auf die Möglichkeit der Ablehnung der Anpassung zu enthalten.

Im Falle des Widerspruchs wird die Versicherung mit einem Ersatztarif ohne Anpassungszusage fortgeführt.

6. Der Widerspruch kann jedoch vom Versicherungsnehmer innerhalb von 3 Monaten ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung zurückgezogen werden. In diesem Fall tritt die Anpassung in der ursprünglichen Form und zum ursprünglichen Zeitpunkt in Kraft.