

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankenhaustagegeldversicherung

Krankenhaustagegeldtarif MTG/12K 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 geltenden Fassung - in weiterer Folge AVB-1995 genannt).

Durch den Abschluss einer Krankenhaustagegeldversicherung nach diesem Tarif erhält der Versicherte bei notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten ohne Kostennachweis pro Tag ein Tagegeld in der vereinbarten Höhe.

Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB-1995 werden folgende Leistungen erbracht. Die Höhe dieser Leistungen ergibt sich aus dem zweiten Abschnitt - Leistungen.

I. Krankenhaustagegeld

Für jeden Tag eines medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthaltes infolge Krankheit, Unfall oder Entbindung wird ein Krankenhaustagegeld bezahlt.

II. Krankenhaustagegeld bei Unfall

Bei einem Krankenhausaufenthalt infolge eines Unfalles verdoppelt sich das vereinbarte Krankenhaustagegeld.

III. Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson

In Abänderung der Bestimmungen des § 5(21) AVB-1995 werden bei einem stationären Aufenthalt des versicherten Kindes bis zum 18. Lebensjahr anstelle des versicherten Krankenhaustagegeldes die täglichen Kosten der Begleitperson in einem Krankenhaus oder in einem Hotel bis zu einem täglichen Höchstbetrag übernommen.

Wird für den Begleitpersonkostensatz das versicherte Krankenhaustagegeld nicht zur Gänze ausgeschöpft, kann für das versicherte Kind die Differenz zwischen dem Krankenhaustagegeld und der erbrachten täglichen Begleitpersonleistung ausbezahlt werden.

IV. Kur-, Rehabilitations-, Erholungskostenzuschuss, Gesundheitswoche

- (1) Versicherte erhalten für ärztlich verordnete Kur- bzw. Erholungsaufenthalte, im Ausmaß der von der Sozialversicherung genehmigten Dauer, einen Tagessatz für höchstens 28 Tage des Aufenthaltes.

Kinder erhalten pro Tag 25 % des Tagessatzes.

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 oder vom Gemeindeamt des Kur- oder Erholungsortes ausgestellte Aufenthaltsbestätigung nachzuweisen.

- (2) Versicherte erhalten für ärztlich verordnete stationäre Rehabilitationsbehandlung, im Anschluss an einen stationären Aufenthalt, nach Unfall, Herzinfarkt, Schlaganfall und orthopädischen Operationen, im Ausmaß der von der Sozialversicherung genehmigten Dauer, einen Tagessatz für höchstens 28 Tage für den Versicherungsfall der medizinisch notwendigen Rehabilitationsbehandlung.

Zuschüsse zur Rehabilitationsbehandlung werden nur dann vergütet, wenn von der Sozialversicherung ein Aufenthalt in einer Rehabilitationsanstalt genehmigt ist.

Die Dauer des Aufenthaltes ist durch eine von der Rehabilitationsanstalt ausgestellte Aufenthaltsbestätigung nachzuweisen.

- (3) 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 beim Versicherer einzubringen.

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

V. Familienrabatt, Aufnahmealter

- (1) Familienmitgliedern (Ehegatten, Kinder), welche nach einem Krankenhaustagegeldtarif mit letztgültiger Anpassungsstufe unter einer Versicherungspolize versichert werden, wird auf die Prämie ein Rabatt gewährt. Ist eine dieser Voraussetzungen nicht mehr gegeben, entfallen diese Rabatte ab dem nächstfolgenden Monatsersten.
- (2) Das Aufnahmealter ist mit 65 Jahren begrenzt.

VI. Prämienrückerstattung

- (1) Der Versicherungsnehmer hat unter folgenden Voraussetzungen Anspruch auf einen Anteil an der Rückstellung zur Prämienrückerstattung, die der Versicherer durch Ansammlung aus den jährlichen Überschüssen der zum Prämienverband E gehörenden Krankenversicherungen zu bilden hat; die Zuführung zur Rückstellung für die Prämie erfolgt entsprechend den jeweils geltenden Bestimmungen der von der Finanzmarktaufsichtsbehörde erlassenen Gewinnbeteiligungs-Verordnung-Krankenversicherung - GBVKVU. Enthält eine Versicherungspolize auch Tarife, für die eine Prämienrückerstattung nicht vorgesehen ist, bleiben diese bei der Feststellung der Prämienrückerstattung außer Betracht.

Teilnahmeberechtigt sind nur jene Versicherungsnehmer, für deren Versicherungspolize für das abgelaufene Kalenderjahr weder tarifliche noch übertarifliche Leistungen (gilt auch für Tarife, für die eine Prämienrückerstattung nicht vorgesehen ist) durch den Versicherer gewährt wurden.

- (2) Erste Voraussetzung für die Prämienrückerstattung ist, dass die Versicherung am Ende des Kalenderjahres seit mindestens einem Jahr in Kraft ist. Versicherungsumwandlungen (Änderungen des Versicherungsschutzes) während des Kalenderjahres können einen Anspruch auf Prämienrückerstattung nicht begründen. Hat sich die Monatsprämie während des Kalenderjahres durch Tarifanpassung gemäß § 18 AVB-1995 geändert, so wird für die Bemessung der Prämienrückerstattung die am Ende des Kalenderjahres vorgeschriebene Prämie herangezogen.

- (3) Voraussetzung für die Prämienrückerstattung ist weiters, dass am Ende des Kalenderjahres, für welches die Prämienrückerstattung erfolgt, kein Prämienrückstand bestanden hat und auch während des Kalenderjahres keine Prämienrückstände gerichtlich eingefordert wurden.

- (4) Der Rückerstattungsanteil beträgt für alle erstattungsberechtigten Versicherungen einheitlich mindestens eine Monatsprämie, höchstens sechs Monatsprämien. Solange die Rückstellung zur Prämienrückerstattung nicht zur Ausschüttung von mindestens einer Monatsprämie ausreicht, erfolgt keine Prämienrückerstattung.

- (5) Die Bekanntmachung und Auszahlung erfolgt nach Veröffentlichung der Bilanz über das Kalenderjahr, für welches die Prämienrückerstattung erfolgt. Vorher ausgeschiedene Versicherungsnehmer haben keinen Anspruch auf die Prämienrückerstattung.

Die Prämienrückerstattung erfolgt entweder durch Verrechnung mit den laufenden Prämien oder durch Barauszahlung.

- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen für das abgelaufene Geschäftsjahr können nach Empfang der Prämienrückerstattung nicht mehr geltend gemacht werden. Eine zu Unrecht erhaltene Prämienrückerstattung ist zurückzuzahlen.

- (7) Die Bestimmungen der Abs. (1) bis (6) über die Prämienrückerstattung finden in der Gruppenversicherung keine Anwendung. Sofern in der Gruppenversicherung eine Prämienrückerstattung vereinbart wurde, sind die Bestimmungen darüber dem Gruppenversicherungsvertrag bzw. den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB-1995) zu entnehmen.

VII. Leistungs- und Prämienanpassung

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

Zweiter Abschnitt - Leistungen

Stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus
Krankenhaustagegeld

EUR 1,00

Stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus bei Unfall
Krankenhaustagegeld bei Unfall verdoppelt

EUR 2,00

Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson
Kostensersatz für eine Begleitperson:
pro Tag

EUR 1,00

Kur-, Rehabilitations-, Erholungskostenzuschuss

Tagessatz für Erwachsene

EUR 25,00