

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten für Kur und Rehabilitation – Kur und Rehabilitation (Tarif KD)

§ 1

Gesundheits-Management

Die Auskunft gemäß Punkt 1. lit. a. und b. des Leistungstarifes wird erteilt, sofern eine Leistungsvoraussetzung gemäß § 2 oder § 3 erfüllt ist.

Die Auskunft gemäß Punkt 1. lit. b. wird darüber hinaus nur erteilt, wenn für die spezielle medizinische Fragestellung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung vorhanden ist.

Die Informationen werden einmal pro Versicherungsfall zur Verfügung gestellt.

Die Herstellung der Verbindung gemäß Punkt 1. lit. c. des Leistungstarifes erfolgt nur auf Wunsch der versicherten Person.

Die Generali stellt nur den erstmaligen Kontakt her, in weiterer Folge wendet sich die versicherte Person selbst an den Arzt bzw. die Kur- oder Rehabilitationseinrichtung.

Durch die Informationsleistung bzw. Herstellung der Verbindung gewährleistet die Generali nicht die Verfügbarkeit der Leistungen des betreffenden Arztes bzw. der Kur- oder Rehabilitationseinrichtung in einem bestimmten Umfang oder innerhalb eines bestimmten Zeitraumes.

§ 2

Kostenersatz für stationäre Kur, Rehabilitation, Anschlussheilverfahren

(1) Die Leistungen gemäß Punkt 2.1. und 2.2. des Leistungstarifes für Kosten der Unterbringung und Verpflegung und der ärztlich verordneten Behandlungen, werden erbracht, wenn keine Leistung durch einen Sozialversicherungsträger erfolgt und der Aufenthalt vor Antritt durch die Generali genehmigt wurde. Grundlage für die Genehmigung ist, dass im Rahmen des Krankheitsgeschehens eine für die medizinisch indizierte Behandlung geeignete Einrichtung aufgesucht wird.

Der Antrag auf Erstattung der Kosten ist entsprechend medizinisch zu begründen. Die Generali kann vor Erledigung des Antrages auf ihre Kosten die Untersuchung des Antragstellers durch einen von ihr bestimmten Arzt verlangen. Sie hat binnen 4 Wochen nach Eingang des Antrages oder des Untersuchungsergebnisses Stellung zu nehmen, ansonsten gilt der Antrag als bewilligt.

Anspruch auf Leistungen gemäß Punkt 2.1. und 2.2. des Leistungstarifes besteht während eines Zeitraumes von 6 Kalenderjahren für höchstens 2 Aufenthalte.

Bei Kuraufenthalt wird die Leistung für längstens 28 Tage, bei Rehabilitation bzw. stationärer Nachbehandlung (Anschlussheilverfahren) für längstens 60 Tage erbracht.

(2) Vertragspartner – Direktverrechnung – volle Kostenübernahme

1. Nimmt der Versicherte eine Behandlung in einer Vertragseinrichtung der Generali in Österreich in Anspruch, so werden die vereinbarten Kosten der Unterbringung und Verpflegung und der ärztlich verordneten Behandlungen in voller Höhe übernommen und mit der Vertragseinrichtung direkt verrechnet.

2. Vertragspartnerverzeichnis

Die für die volle Kostenübernahme geltenden Tarife (Garantietarife) und die Vertragseinrichtungen sind im Vertragspartnerverzeichnis für Tarif KD enthalten. Diese allgemeine Kostendeckungszusage kann im Sinn des § 178c VersVG zum 1. eines jeden Kalendermonats von der Generali schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf wird nach Ablauf von drei Monaten wirksam.

3. Direktverrechnung

Sofern eine Vereinbarung mit dem Leistungserbringer (Kur-, Rehabilitationseinrichtung) besteht, erfolgt auf Grundlage dieser Vereinbarung die direkte Verrechnung der Kosten zwischen der Generali und dem Leistungserbringer.

Weitere Grundlage ist eine vom Versicherten vor Antritt des stationären Aufenthalts anzufordernde Kostenübernahmeerklärung gemäß Abs. 1.

4. Selbstbehalt

Ist der versicherte Tarif niedriger als der laut Vertragspartnerverzeichnis für Tarif KD gültige Garantietarif, so gilt die Kostenübernahme (Punkt 1) mit einem Selbstbehalt je Aufenthaltstag vereinbart. Die Selbstbehalte sind im Vertragspartnerverzeichnis für Tarif KD angeführt.

§ 3

Tagegeld und Kostenzuschuss für stationäre Kur, Rehabilitation, Anschlussheilverfahren

- (1) Die Leistung gemäß Punkt 3.1. des Leistungstarifes wird erbracht, wenn eine Einrichtung des Sozialversicherungsträgers oder eine sonstige Einrichtung auf volle Kosten des Sozialversicherungsträgers in Anspruch genommen wird.
- (2) Die Leistung gemäß Punkt 3.2. des Leistungstarifes wird erbracht, wenn der Sozialversicherungsträger einen Kurkostenzuschuss bezahlt. Das ist ein Zuschuss zu den Kosten eines Kur- oder Erholungsaufenthaltes außerhalb des Wohnortes, nicht aber der Ersatz von Kurmittelkosten alleine.
- (3) Die Leistung gemäß Punkt 3.3. des Leistungstarifes wird für ein Anschlussheilverfahren erbracht, das in einem ursächlichen Zusammenhang mit einer vorangehenden Heilbehandlung steht und in einer Krankenanstalt, Sonderheilanstalt / Rehabilitationszentrum oder Langzeitabteilung durchgeführt wird.
- (4) Bei Kuraufenthalt werden die Leistungen gemäß Punkt 3.1. und 3.2. des Leistungstarifes für längstens 28 Tage erbracht.
Bei Rehabilitation bzw. stationärer Nachbehandlung (Anschlussheilverfahren) werden die Leistungen gemäß 3.1. und 3.3. des Leistungstarifes für längstens 60 Tage erbracht.
- (5) Für den Versicherten, für den keinerlei Anspruchsberechtigung gegenüber einem Sozialversicherungsträger besteht, gilt die Regelung gemäß § 2 Abs. 1 hinsichtlich der Anspruchsberechtigung für alle Leistungspositionen bei Kuraufenthalten, Rehabilitation und Anschlussheilverfahren. Während eines Zeitraumes von 6 Kalenderjahren besteht Leistungsanspruch für höchstens 2 Aufenthalte.

§ 5

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

Der Versicherungsschutz ist gemäß § 18 AVBKV 2004 wertgesichert.

§ 6

Gewinnverband

Die Versicherungen nach Tarif KD gehören zum Gewinnverband B. Ist ein Tarif für ambulante Heilbehandlung mitversichert, gehören sie zum Gewinnverband A (siehe § 19 AVBKV 2004).