

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Krankenhauskostenversicherung nach Unfällen, Krankenhaustagegeld bei Krankheit sowie Option auf Krankenhauskostenversicherung bei Krankheit – MedCare: Sonderklasse nach Unfall mit Option (Tarif SO)

§ 1

Dauer der Versicherungsleistungen

Alle Leistungen nach Unfällen (ausgenommen Tagegeld bei Rehabilitation oder Anschlussheilverfahren gemäß Punkt 3.5. des Leistungstarifes) werden innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag im Versicherungszeitraum bezahlt.

Das Tagegeld bei Rehabilitation oder Anschlussheilverfahren (Punkt 3.5. des Leistungstarifes) ist mit 60 Tagen je Versicherungsfall begrenzt.

§2

Gesundheits-Management

(1) Hilfe im Notfall in Österreich

Ein medizinischer Notfall liegt vor, wenn die versicherte Person von einer unmittelbaren Gefahr (z.B. akute Erkrankung, Unfall, drohende Einwirkung schädigender Stoffe) für Leben, körperliche Unversehrtheit oder Gesundheit bedroht ist.

In allen medizinischen Notfällen ist die Generali rund um die Uhr erreichbar und gewährleistet die Herstellung der Verbindung mit und Organisation des Transports zu allen Notfalleinrichtungen:

- Nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus, Nacht- und Wochenenddienste durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Zahnärzte bzw. Apotheken;
- sonstige Notdienste (z.B. Rotes Kreuz, Vergiftungszentrale, psychosoziale Dienste).

(2) Informationen über medizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienste

1. Die Auskunft gemäß Punkt 1.2.1. lit. a. bis c. des Leistungstarifes wird bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung aufgrund eines Unfalles erteilt.
Die medizinische Behandlungsbedürftigkeit ist durch entsprechende medizinische Unterlagen nachzuweisen, aus denen hervorgeht, dass aufgrund der Diagnose und der Befunde eine Behandlung medizinisch notwendig und von einem Arzt bereits geplant ist.
Die Informationen werden einmal pro Versicherungsfall zur Verfügung gestellt.
2. Die Auskunft gemäß Punkt 1.2.1. lit. a. wird darüber hinaus nur erteilt, wenn für die spezielle medizinische Fragestellung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung in Österreich vorhanden oder ärztliche Hilfe während eines Auslandsaufenthaltes erforderlich ist.
3. Die Auskunft gemäß Punkt 1.2.1. lit. c. wird darüber hinaus nur erteilt, wenn aus den medizinischen Unterlagen hervorgeht, dass die versicherte Person durch die Unfallfolgen oder wegen der ärztlich angeordneten Verhaltensmaßregeln außerstande ist, den Arzt oder die medizinische Einrichtung aus eigener Kraft aufzusuchen.

4. Die Herstellung der Verbindung 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, die medizinische Einrichtung oder den Gesundheitsdienst. Durch die Informationsleistung bzw. Herstellung der Verbindung gewährleistet die Generali nicht die Verfügbarkeit der Leistungen des betreffenden Arztes, der medizinischen Einrichtung oder des Gesundheitsdienstes in einem bestimmten Umfang oder innerhalb eines bestimmten Zeitraumes.
- (3) **Ärztliche Beratung**
Die ärztliche Beratung gemäß Punkt 1.2.2. des Leistungstarifes wird erbracht, wenn die medizinische Behandlungsbedürftigkeit durch entsprechende medizinische Unterlagen nachgewiesen wird, aus denen hervorgeht, dass aufgrund der Diagnose und der Befunde eine Heilbehandlung medizinisch notwendig ist und von einem Arzt bereits geplant ist.

Die Generali ersetzt nur die Kosten der ersten Ordination. Die Kosten weiterer Konsultationen sind von der versicherten Person selbst zu bezahlen.
Die Generali ersetzt die Transportkosten, wenn für die spezielle medizinische Fragestellung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung in Österreich vorhanden ist. Transportkosten innerhalb Österreichs werden jedenfalls nicht übernommen.
- (4) **Gesundheits-Management durch Begleitung**
Die Leistungen gemäß Punkt 1.3. des Leistungstarifes werden für einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten ab Beginn einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung von Unfallfolgen erbracht

§ 3

Kostenübernahme in Krankenanstalten

(1) **Kostenübernahme in Vertragskrankenhäusern in Österreich laut Krankenhausverzeichnis**

Nimmt der Versicherte ein Zweibettzimmer in der Sonderklasse eines Vertragskrankenhauses in Österreich in Anspruch, so werden die vereinbarten Kosten einschließlich der ärztlichen Honorare anstelle der tariflichen Leistungen unter der Voraussetzung in voller Höhe übernommen und mit dem Krankenhaus direkt verrechnet, dass ein Sozialversicherungsträger eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse erbringt.

(2) **Kostenübernahme in Europa laut Krankenhausverzeichnis (Europaliste)**

Nimmt der Versicherte ein Mehrbettzimmer in der Sonderklasse eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland (lt. Europaliste) in Anspruch, so werden die Kosten der Pflege und Verpflegung, von Operationen und Behandlung einschließlich der ärztlichen Honorare anstelle der tariflichen Leistungen in voller Höhe übernommen.

(3) **Weltweite Kostenübernahme laut Krankenhausverzeichnis**

Nimmt der Versicherte ein Mehrbettzimmer in der Sonderklasse eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses außerhalb Österreichs und Europas (lt. Europaliste) in Anspruch, so werden die Kosten der Pflege und Verpflegung, von Operationen und Behandlung einschließlich der ärztlichen Honorare anstelle der tariflichen Leistungen in voller Höhe übernommen, wenn

- a) die Behandlung in Österreich gleichwertig nicht durchgeführt werden kann, diese ärztlich empfohlen und von der Generali vorher bewilligt wurde oder
- b) wegen eines Unfalles während eines vorübergehenden Aufenthaltes in diesen Ländern eine Heilbehandlung medizinisch notwendig ist und eine Rückkehr nach Österreich aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

Bei Kostenübernahme gemäß lit. a. wird der gemäß Punkt 3.3. des Leistungstarifes für Transportkosten festgesetzte Betrag verzehnfacht.

(4) Krankenhausverzeichnis – Europoliste

Die Vertragskrankenhäuser und die Europoliste sind im Krankenhausverzeichnis enthalten. Änderungen in diesem Verzeichnis werden dem Versicherungsnehmer schriftlich bekannt gegeben. Sie treten mit der schriftlichen Verständigung in Kraft. Der Versicherungsnehmer ist gesondert darauf hinzuweisen, wenn die Generali überhaupt keine Vertragskrankenhäuser mehr hat, sodass die volle Kostenübernahme gegenstandslos geworden ist.

Diese allgemeine Kostendeckungszusage kann im Sinn des § 178 c VersVG zum 1. eines jeden Kalendermonats von der Generali schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf wird nach Ablauf von drei Wochen wirksam.

(5) Sozialversicherungsschutz

Abhängig vom Sozialversicherungsschutz des Versicherten erfolgt die Kostenübernahme unter der Voraussetzung der Erbringung der folgenden Leistungen durch Sozialversicherungsträger:

1. Für Sozialversicherte nach ASVG (Gebietskrankenkassen usw.), BSVG (Bauernkrankenkasse) und GSVG-Sachleistungsgruppe (Selbständige):
Der Sozialversicherungsträger erbringt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse.
2. Für Sozialversicherte nach B-KUVG (Beamte):
Der Sozialversicherungsträger erbringt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse und für einen Teil der Pflege- und/oder Sondergebühren einschließlich der Arzthonorare der Sonderklasse.
3. Für Sozialversicherte nach GSVG-Geldleistungsgruppe (Selbständige):
Der Sozialversicherungsträger erbringt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse und für einen Teil der Pflege- und/oder Sondergebühren einschließlich der Arzthonorare der Sonderklasse.

(6) Änderung des Sozialversicherungsschutzes, des Wohnsitzes

Ändert sich der Sozialversicherungsschutz oder der Wohnsitz des Versicherten, so kann der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats mit Wirksamkeit ab dieser Änderung die Umstellung auf einen gleichartigen Tarif, der dem neuen Sozialversicherungsschutz bzw. dem neuen Wohnsitz entspricht, verlangen.

Die Generali ist dann verpflichtet, ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten für die Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes einen gleichartigen Tarif anzubieten, sofern der Geschäftsplan einen solchen vorsieht. Macht der Versicherungsnehmer von diesem Recht nicht innerhalb eines Monats Gebrauch, so ist die Tarifumstellung nur zu dem der Mitteilung des Versicherungsnehmers folgenden

Monatsersten möglich. Diese Umstellung erfolgt nicht mit den oben genannten Begünstigungen.

§ 4

Umfang der Versicherungsleistungen

(1) Leistung nach Unfall

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Bauch- oder Unterleibsbrüche, Bandscheibenhernien sowie Fehl- und Frühgeburten, die durch einen Unfall herbeigeführt oder verschlechtert worden sind, gelten nicht als Unfallfolgen. Unfälle als Folgen einer Krankheit sind im Sinne dieser Versicherungsbedingungen Krankheiten.
2. Bei stationärer Heilbehandlung wegen Unfallfolgen werden entweder die Kosten des Aufenthaltes (Punkt 2. oder Punkt 3.1.1. - 3.1.4. des Leistungstarifes) oder das Ersatztagegeld (Punkt 3.2. des Leistungstarifes) bezahlt.
3. Die Leistung von Tageskosten umfasst die zu bezahlenden Kosten für Verpflegs- und Krankenhausgebühren (für die Unterbringung, Pflege und Verpflegung).
4. Das Behandlungshonorar umfasst alle ärztlichen Honorare ausgenommen die Honorare für technische Untersuchungen wie bildgebende Verfahren, Labor, Nuklearmedizin etc.
5. Technische Leistungen umfassen die Honorare für technische Untersuchungen wie bildgebende Verfahren, Labor, Nuklearmedizin etc. und sämtlichen Sachaufwand einschließlich der Kosten für Benützung des Operationssaales, der Arzneimittel (Heilmittel) und Heilbehelfe (abweichend von § 5 C Abs. 12 bis 14 AVBKV 2004).
6. Für tagesklinische Heilbehandlungen in Krankenanstalten, für die keine vertraglichen Vereinbarungen über die Kostenübernahme bestehen, werden für die Kosten des Aufenthaltes die Leistungen gemäß Punkt 3.1.1. – 3.1.4. des Leistungstarifes (Leistung für Tageskosten, Behandlungshonorar, technische Leistungen, Summenleistung) wie für eine eintägige stationäre Heilbehandlung erbracht.

Tagesklinische Heilbehandlungen sind jene Behandlungen, die im tagesklinischen Leistungskatalog (jeweils gültige Fassung) des Verbandes der Versicherungsunternehmen Österreichs enthalten sind. Die Aufenthalte dauern üblicherweise keine 24 Stunden, erfordern aber die Benützung eines Krankenhausbettes (auch in der Aufwachstation).

7. Die nachgewiesenen Kosten des Transportes in das Krankenhaus und die nachgewiesenen Kosten des Heimtransportes per Krankenwagen, Bahn oder Autotaxi (§ 5 AVBKV 2004) werden bei einem Krankenhausaufenthalt gemäß Punkt 2. oder Punkt 3. des Leistungstarifes bzw. bei Leistung von Ersatztagegeld gemäß Punkt 3.2. des Leistungstarifes erbracht.
8. Das Tagegeld bei Rehabilitation wird bei Aufenthalten in Rehabilitationszentren erbracht. Das Tagegeld bei Anschlussheilverfahren wird bei Nachbehandlungen (ursächlicher Zusammenhang mit einer vorangehenden Primärbehandlung in einer Krankenanstalt) in Sonderheilanstalten vergütet. Das Tagegeld bei Rehabilitation oder Anschlussheilverfahren ist mit 60 Tagen je Versicherungsfall begrenzt.

(2) Leistung nach Krankheit (siehe auch § 1 Abs. 2 und 4 AVBKV 2004)

Bei stationärer Heilbehandlung wegen Krankheit wird das Krankenhaustagegeld (Punkt 4.1. des Leistungstarifes) bezahlt.

(3) Leistung bei Entbindung

Bei einer Entbindung zu Hause sowie bei einer Entbindung im Krankenhaus wird unabhängig von der Dauer des Krankenhausaufenthaltes das Entbindungsgeld (Punkt 4.2. des Leistungstarifes) an Stelle aller anderen Leistungen bezahlt.

(4) Aufenthaltskosten der Begleitperson

Die Leistung wird zusätzlich zu den Kosten des Aufenthaltes (Punkt 2. oder Punkt 3.1.1. – 3.1.4. des Leistungstarifes) oder zusätzlich zum Krankenhaustagegeld (Punkt 3.2. oder Punkt 4.1. des Leistungstarifes) erbracht.

§ 5

Tarifumstellung

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres des Versicherten das Recht, jährlich zum Beginn des Kalenderjahres die Umstellung auf den Tarif SD (Krankenhauskostenversicherung nach Krankheit und Unfall) zu beantragen. Der Umstieg muss vor dem Umstellungszeitpunkt bekannt gegeben werden.
- (2) Macht der Versicherungsnehmer von seinem Recht auf Tarifumstellung Gebrauch, so wird die Prämie für den Tarif SD nach dem Alter des Versicherten zum Zeitpunkt des Umstiegs berechnet. Diese Prämie wird aufgrund der bisherigen Versicherungsdauer im Tarif SO je Versicherungsjahr um 1,5%, maximal jedoch um 15% ermäßigt. Die Tarifumstellung erfolgt ohne neuerliche Risikoprüfung und ohne Wartezeiten für die neuen Leistungen.
- (3) Hat der Versicherte das 45. Lebensjahr vollendet, ohne dass eine Umstellung gemäß Abs. 2 beantragt wurde, so wird der Vertrag ab dem nächsten Stichtag (Abs.1) auf den Tarif SD (Krankenhauskostenversicherung nach Krankheit und Unfall) nach den Bestimmungen des Abs. 2 umgestellt.
Bei Ablehnung dieser Tarifumstellung wird die Versicherung mit einem Krankenhauskostentarif nach Unfall und mit einem Krankenhaustagegeldtarif im zum Zeitpunkt der Umstellung bestehenden Umfang fortgeführt.

§ 6

Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

- (1) Der Versicherungsschutz ist gemäß § 18 AVBKV 2004 wertgesichert.
- (2) In Ergänzung zu § 18 Abs. 1 AVBKV 2004:
Kann in einem Bundesland über die Höhe der Krankenhauskosten und Honorare kein Einvernehmen hergestellt werden, wird der Anpassung die jeweilige Veränderung des von Statistik Austria verlautbarten Index der Verbraucherpreise zugrundegelegt.

(3) In Ergänzung zu § 18 Abs. 3 AVBKV 2004:

Ob und in welchem Umfang die Generali zur Kostenübernahme verpflichtet ist, ergibt sich aus dem zuletzt gültigen Krankenhausverzeichnis.

§ 7

Gewinnverband

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