

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten stationärer und tagesklinischer Heilbehandlung – MedCare: Sonderklasse (Tarif SD)

§ 1

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 wegen Krankheit oder Unfallfolgen erteilt.
Die medizinische Behandlungsbedürftigkeit ist durch entsprechende medizinische Unterlagen nachzuweisen, aus denen hervorgeht, dass aufgrund der Diagnose und der Befunde eine Heilbehandlung 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 aufgrund der Art der Erkrankung bzw. 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 einer Krankheit oder von Unfallfolgen erbracht.

§ 2

Kostenübernahme in Krankenanstalten

(1) Kostenübernahme in den Vertragskrankenhäusern in Österreich laut Krankenhausverzeichnis

Nimmt der Versicherte eine Behandlung in einem Vertragskrankenhaus in Österreich in Anspruch, so werden die vereinbarten Kosten einschließlich der ärztlichen Honorare anstelle der tariflichen Leistungen in voller Höhe übernommen und mit dem Krankenhaus direkt verrechnet.

(2) Kostenübernahme in Europa laut Krankenhausverzeichnis (Europaliste)

Nimmt der Versicherte eine Behandlung in einem allgemeinen öffentlichen Krankenhaus im europäischen Ausland (siehe Krankenhausverzeichnis/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 eine Behandlung in einem allgemeinen öffentlichen Krankenhaus außerhalb Österreichs und Europas (siehe 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 oder einer akut auftretenden Erkrankung 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 3.1.6. des Leistungstarifes für Transportkosten festgesetzte Betrag verzehnfacht.

(4) Krankenhausverzeichnis – Garantietarife – Europaliste

Die für die volle Kostenübernahme geltenden Tarife (Garantietarife), die Vertragskrankenhäuser und die Europaliste sind im Krankenhausverzeichnis enthalten. Die volle Kostenübernahme gilt in den angeführten Krankenhäusern sowie in jenen Krankenhäusern, in denen ein niedrigerer Garantietarif vorgesehen 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) Selbstbehalt

1. Selbstbehalt bei Krankheit

Ist der versicherte Tarif niedriger als der laut Krankenhausverzeichnis gültige Garantietarif, so gilt die Kostenübernahme (Abs. 1 bis 3) mit einem Selbstbehalt von EUR 20,- pro Grundtarifstufe SD1 vereinbart. Dieser Selbstbehalt wird pro versicherter Person und Kalenderjahr berechnet.

2. Selbstbehalt bei Unfall

Nach einem Unfall gilt die Kostenübernahme (Abs. 1 bis 3) innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag ohne Selbstbehalt.

(6) Differenztagegeld in Vertragskrankenhäusern in Österreich

Besteht Versicherungsschutz nach einem Tarif, der höher ist als für die volle Kostenübernahme lt. Krankenhausverzeichnis erforderlich, wird für jeden Tag des Aufenthaltes ein Differenztagegeld geleistet.

Die Höhe des Differenztagegeldes ergibt sich aus der Differenz zwischen der Anzahl der Tarifstufen des versicherten Tarifes und des für die volle Kostenübernahme erforderlichen Tarifes, multipliziert mit dem für die Grundtarifstufe SD1 vorgesehenen Betrag von EUR 0,50.

(7) 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.

(8) 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.

§ 3

Direktverrechnung

Sofern eine Vereinbarung mit dem Leistungsträger (Krankenhaus/Arzt) besteht, erfolgt auf Grundlage dieser Vereinbarung die direkte Verrechnung der Kosten und Honorare zwischen der Generali und dem Leistungserbringer.

Weitere Grundlage ist eine vom Versicherten vor Antritt der Heilbehandlung anzufordernde Kostenübernahmeerklärung. Die Art der Erkrankung und die Notwendigkeit der Heilbehandlung sind in dieser Anforderung medizinisch nachzuweisen. Lässt die Dringlichkeit der Heilbehandlung eine vorhergehende Anfrage nicht zu, ist diese spätestens drei Arbeitstage ab Antritt der Heilbehandlung nachzureichen.

§ 4

Tarifliche Leistungen

(1) Stationäre und tagesklinische Heilbehandlung in Krankenhäusern

Bei stationärer oder tagesklinischer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die im Krankenhausverzeichnis nicht enthalten sind, 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) erbracht.

(2) Umfang einzelner tariflicher Leistungen

1. Die Leistung von Tageskosten umfasst die zu bezahlenden Kosten für Verpflegs- und Krankenhausgebühren (für die Unterbringung, Pflege und Verpflegung).
2. Das Behandlungshonorar umfasst alle ärztlichen Honorare (auch Honorare für Hebammen) ausgenommen die Honorare für technische Untersuchungen wie bildgebende Verfahren, Labor, Nuklearmedizin etc.
3. 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).

§ 5

Tagesklinische Behandlung in Krankenhäusern

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).

§ 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 gilt:
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. 2 AVBKV 2004 gilt:
Ergibt der Vergleich der genannten Faktoren eine Änderung der zu erwartenden Leistungen um mindestens die in der Grundtarifstufe SD1 festgelegten Leistungen, so erfolgt eine Erhöhung um die entsprechende Anzahl von Grundtarifstufen.
Ergibt dieser Vergleich auch eine Änderung der kalkulierten Prämie und Leistungen der Grundtarifstufe SD1, so werden auch die Prämien und Leistungen der Grundtarifstufe entsprechend angepasst.
- (4) In Ergänzung zu § 18 Abs. 3 AVBKV 2004 gilt:
Ob und in welchem Umfang die Generali zur Kostenübernahme (Punkt 2 des Leistungstarifes) verpflichtet ist, ergibt sich aus dem zuletzt gültigen Krankenhausverzeichnis.

§ 7

Gewinnverband

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