

BESONDERE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE KRANKENHAUSKOSTEN-ZUSATZVERSICHERUNG NACH TARIF (G)HA, (G)HB, (G)HM, (G)HN WERTGESICHERTE TARIFE (MIT ANPASSUNGSKLAUSEL)

Analog den Formulierungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) beziehen sich personenbezogene Bezeichnungen auf Frauen und Männer in gleicher Weise

Als Hauptversicherung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gilt der jeweils abgeschlossene Krankenversicherungszusatzvertrag nach Tarif HA, HB, HM oder HN.

§ 1. Versicherungsbedingungen

Für den vorliegenden Tarif gelten, soweit im Folgenden nichts Abweichendes bestimmt ist, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-Tagegeldversicherung (AVB).

§ 2. Kindermitversicherung:

Abweichend zu § 2 Abs. 5 lit. a AVB verzichtet der Versicherer auf das Recht der Ablehnung (§ 2 Abs. 4 AVB), die Einhebung eines Prämienzuschlags und auf einen Leistungsausschluss gemäß § 6 Abs. 1 und 2 AVB, wenn ein Elternteil des Kindes – wenn schon Kinder vorhanden sind, auch alle im gemeinsamen Haushalt lebenden Kinder unter 18 Jahren - seit mindestens drei Monaten nach Tarifen versichert ist, die dem für das Kind beantragten Versicherungsschutz entsprechen. § 2 Abs. 5 lit. b. AVB gilt jedoch entsprechend.

§ 3. Leistungen für ambulante Heilbehandlung (Arztbehandlung außerhalb eines stationären Krankenhausaufenthaltes):

A. Allgemeines

Bei Zusammentreffen von Leistungsansprüchen für ambulante Heilbehandlung aus der Hauptversicherung und allfälligen weiteren Tarifen werden Leistungen aus der Hauptversicherung subsidiär, d.h. erst nach Inanspruchnahme der Maximalleistung der weiteren Tarife erbracht. Dabei ist die Entschädigung aus der Hauptversicherung derart zu bemessen, dass die Gesamtvergütung für ambulante Heilbehandlung aus allen Tarifen zusammen 100% der Kosten für ambulante Heilbehandlung nicht überschreitet. Der zweite Satz ist entsprechend auch in jenen Fällen anzuwenden, in denen Versicherungsschutz auch oder nur für ambulante Heilbehandlung bei einem anderen Versicherer besteht.

B. Versicherungsfall (§ 1, Abs. 2, 3 AVB)

- (1) Die Versicherungsfälle sind in § 1, Abs. 2 AVB angeführt; nicht als Versicherungsfall gelten für den vorliegenden Tarif jedoch Zahn-, Mund- und Kieferbehandlungen aller Art.
- (2) Ergänzend zu § 1 (3) AVB gelten auch von niedergelassenen, zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes zugelassenen Ärzten angewandte alternative Behandlungsmethoden, die sich in der Praxis als erfolgversprechend bewährt haben, als Heilbehandlung, auch wenn diese Methoden wissenschaftlich nicht allgemein anerkannt sind.
- (3) Ergänzend zu § 5 (2) AVB sind auch Behandlungen durch einen in Österreich zur selbständigen Berufsausübung zugelassenen Psychotherapeuten oder Psychologen versichert – sofern in der jeweiligen der Polize beiliegenden Leistungsübersicht eine entsprechende Leistungsposition vorgesehen ist.

C. Art und Umfang des Versicherungsschutzes (§ 5 AVB)

Im Versicherungsfall werden Leistungen für ambulante Heilbehandlungen bis zu den Beträgen erbracht, die sich aus der der Versicherungspolize beiliegenden Leistungsübersicht ergeben.

§ 4. Vorsorge

(1) Jede versicherte Person kann jeweils einmal in 2 Kalenderjahren 1 Angebot aus dem jeweils aktuellen Auszeit PLUS Auswahlangebot in Anspruch nehmen.

Es besteht Anspruch auf Leistungen gemäß dem jeweils aktuellen Auszeit PLUS Auswahlangebot. Vor Inanspruchnahme einer Auszeit PLUS-Leistung muss für die Leistung ein Guthchein bei der Wiener Städtischen anfordert werden. Der Guthchein kann ab Beginn des Kalenderjahres, in dem die Leistung beansprucht wird, angefordert werden.

Der Guthchein darf nur eingelöst werden, wenn im Zeitpunkt der Einlösung aufrechter Versicherungsschutz besteht (d.h. der Versicherungsvertrag noch aufrecht ist, insbesondere kein qualifizierter Prämienverzug vorliegt, etc.). Wird der Guthchein unberechtigt eingelöst, werden die Kosten von der im Guthchein genannten Person (bzw. dem Versicherungsnehmer als deren gesetzlicher Vertreter) zurückgefordert.

Erstmalig kann ein Angebot aus dem aktuellen Auszeit PLUS Auswahlangebot bereits unmittelbar nach Vertragsabschluss (=Erhalt des Versicherungsscheins) und Eingang der Erstprämie beim Versicherer in Anspruch genommen werden.

Die Leistung gilt mit der Einlösung des Auszeit PLUS-Guthcheines als erbracht. Die nächste Leistung kann bereits ab Beginn des 2. Kalenderjahres nach dem Jahr der Erbringung der Leistung beansprucht werden; ein Ansparen von Leistungen ist nicht möglich.

§ 5. Bonus (Prämienrückvergütung)

(1) Der Bonus wird für jede versicherte Person gesondert ermittelt.

(2) Der Bonus beträgt ein Sechstel der Jahresprämie des Beobachtungszeitraumes der Hauptversicherung. Falls Zusatz- bzw. Ergänzungstarife abgeschlossen wurden, werden diesbezügliche Prämien für die Berechnung des Bonus nicht herangezogen.

(3) Unter folgenden Voraussetzungen besteht Anspruch auf einen Bonus:
Der Anspruch besteht, wenn für diese versicherte Person aus der Hauptversicherung für eine Wartezeit von 1 Kalenderjahr und für ein weiteres Kalenderjahr (Beobachtungszeitraum) keine Versicherungsleistungen erbracht wurden.

Ein neuerlicher Bonusanspruch setzt ein weiteres entsprechend leistungsfreies Kalenderjahr voraus; wurden aus der Hauptversicherung Versicherungsleistungen erbracht oder die Prämie gemäß § 6 erlassen, ist für einen neuerlichen Bonusanspruch darüber hinaus auch eine neuerliche entsprechend leistungsfreie Wartezeit, also ein zusätzliches leistungsfreies Kalenderjahr, erforderlich.

Versicherungsleistungen für Krankenhausaufenthalte werden jenem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Krankenhausaufenthalt begonnen hat.

(4) Versicherungsleistungen, die wegen unmittelbarer Unfallfolgen erbracht werden, Versicherungsleistungen gemäß § 4 (Vorsorge), aus dem Titel Gesundheits-Check sowie aus Zusatz- bzw. Ergänzungstarifen bleiben bei der Bonusermittlung unberücksichtigt.

Der Bonusanspruch wird weiters durch einen bis zu insgesamt zweimonatigen Prämienerrlass gemäß § 6 pro Kalenderjahr nicht berührt. Wird die Prämie für einen längeren Zeitraum als insgesamt zwei Monate pro Kalenderjahr erlassen, entfällt der Bonusanspruch.

(5) Voraussetzung für den Bonus ist außerdem, dass die vorgeschriebenen Prämien für das vorangegangene Kalenderjahr voll und bis spätestens 15. Jänner des Folgejahres bezahlt sind. Als Berechnungsgrundlage für den Bonus wird die Jahresprämie, die für die bonusberechtigte Person für die Hauptversicherung (ohne Zusatz- bzw. Ergänzungstarife) im der Bonusauszahlung vorangegangenen vollen Kalenderjahr bezahlt worden ist, herangezogen.

(6) Der Bonus wird mit den laufenden Prämien verrechnet. Er gilt für die nächste Bonusermittlung nicht als Versicherungsleistung.

(7) Die Verrechnung des Bonus muss spätestens mit 1. Juli des Folgejahres beginnen. Für vorher ausgeschiedene Versicherungsnehmer bzw. versicherte Personen erfolgt keine Bonusverrechnung; während der Verrechnung ausscheidende Versicherungsnehmer haben Anspruch nur insoweit, als der Bonus mit den Monatsprämien, die ab 1. Juli fällig werden, verrechnet werden kann.

§ 6. Prämienentlass im Krankheitsfall:

(1) Voraussetzung

Voraussetzung für den Prämienentlass im Krankheitsfall ist, dass der Versicherungsnehmer ebenfalls nach dem Haupttarif versichert ist.

(2) Versicherungsfall

Wird der Versicherungsnehmer durch Krankheit oder Unfall vollständig arbeitsunfähig, so werden - vorbehaltlich Abs. 5 - von dem Tag an, der auf die 42tägige ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit folgt, die Prämien für die weitere Dauer der Arbeitsunfähigkeit, längstens bis zum Entstehen eines Pensionsanspruchs (Berufs-(Erwerbs)unfähigkeits-, Invaliditäts- oder Alterspension) erlassen. Der Prämienentlass erfolgt in Form einer Rückvergütung der einbezahlten Prämien für den Zeitraum der nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit.

(3) Berechnung des Prämienentlasses

Erlassen wird die volle Monatsprämie der Hauptversicherung. Bei Zeiträumen unter einem Monat wird für jeden Tag, an dem Anspruch auf Prämienentlass besteht, ein Dreißigstel der vertraglichen Monatsprämie erlassen. Der Prämienentlass umfasst auch die Versicherungssteuer.

(4) Arbeitsunfähigkeit

Als arbeitsunfähig gilt, wer infolge objektiv nachweisbarer Krankheit oder Verletzung vollständig außerstande ist, seinen Beruf oder eine andere im Hinblick auf seine Kenntnisse und Fähigkeiten zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben.

Schwangerschaft und Folgen von normalen Entbindungen gelten nicht als Krankheit im Sinne des ersten Satzes.

(5) Kein Anspruch auf Prämienentlass

Kein Anspruch auf Prämienentlass entsteht bei nur teilweiser Arbeitsunfähigkeit. Ebenso entsteht kein Anspruch auf Prämienentlass, wenn die Arbeitsunfähigkeit bereits bei Abschluss der Hauptversicherung bestanden hat oder durch eine Krankheit oder Verletzung bedingt ist, die schon vor Vertragsabschluss bestanden hat; außerdem, wenn sich der Versicherungsnehmer die zur Arbeitsunfähigkeit führende Verletzung freiwillig zugezogen hat oder wenn die Arbeitsunfähigkeit infolge eines missbräuchlichen Genusses von Alkohol oder Suchtgiften, eigenes grobes Verschulden oder im Zusammenhang mit der aktiven Beteiligung an einer strafbaren Handlung entstanden ist. Generell entsteht kein Anspruch auf Prämienentlass, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch eine Krankheit oder Verletzung bedingt ist, für die trotz einer stationären Heilbehandlung kein Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung besteht.

(6) Nachweis des Anspruchs

- a) Innerhalb von vier Wochen nach Ablauf der 42tägigen Wartefrist muss dem Versicherer eine vom behandelnden Arzt ausgestellte Bestätigung vorgelegt werden, aus der sich die Art der Erkrankung oder Verletzung, die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit und der Tag, von dem an ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit besteht, ergibt. Erfolgt die Vorlage erst nach Ablauf der vorgesehenen Frist, beginnt der Anspruch auf Prämienentlass erst mit jenem Tag, an dem die Bestätigung beim Versicherer eingeht. Leistungsfreiheit tritt nicht ein, wenn die Verletzung der Verpflichtung zur rechtzeitigen Vorlage der Bestätigung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Wird die Obliegenheit nicht mit dem Vorsatz verletzt, die Leistungspflicht des Versicherers zu beeinflussen oder die Feststellung solcher Umstände zu beeinträchtigen, die erkennbar für unsere Leistungspflicht bedeutsam sind, so bleiben wir zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung weder auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung Einfluss gehabt hat. Der Versicherer kann aus der fahrlässigen Verletzung dieser Obliegenheit Rechte nur ableiten, wenn dem Versicherungsnehmer vorher die Versicherungsbedingungen oder eine andere Urkunde zugegangen sind, in der diese Obliegenheit mitgeteilt wird.
- b) Bestätigungen von Ärzten, die zu der versicherten Person in einem familiären Naheverhältnis stehen (Ehegatten, Lebensgefährten, Partner eingetragener Partnerschaften, Eltern oder Kinder, Stiefeltern oder Stiefkinder sowie Schwiegereltern oder Schwiegerkinder des Versicherten), sind kein ausreichender Nachweis.

(7) Weitere Nachweise

Der Versicherer ist berechtigt, weitere Nachweise und bei jeder Prämienfälligkeit eine ärztliche Bestätigung zu verlangen, aus welcher sich das ununterbrochene Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit ergibt. Der Versicherer kann auch jederzeit auf seine Kosten eine ärztliche Untersuchung durch einen von ihm genannten Arzt verlangen.

(8) Ende der Arbeitsunfähigkeit

Innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit muss der Versicherungsnehmer dem Versicherer eine weitere Bestätigung des behandelnden Arztes vorlegen, aus der sich deren Beendigung ergibt.

Falls ein Pensionsanspruch (Berufs(Erwerbs)unfähigkeits-, Invaliditäts- oder Alterspension) besteht, muss der Versicherungsnehmer dem Versicherer dies melden. Für den Fall, dass der Versicherungsnehmer eine solche Meldung unterlässt oder eine vom Versicherer verlangte ärztliche Untersuchung verweigert, erlischt der Anspruch auf Prämienerslass rückwirkend auf das Ende jenes Zeitraums, für den die Arbeitsunfähigkeit vorschriftsmäßig nachgewiesen wurde. Zuviel bezogene Leistungen müssen rückerstattet werden.

§ 7. Dread Disease – Erkrankungen:

Soweit in der Leistungsübersicht auf Dread Disease Erkrankungen Bezug genommen wird, sind davon folgende Erkrankungen erfasst:

- Verbrennungen dritten Grades
- erworbenes Immundefektsyndrom
- Taucherkrankheit
- operative Eingriffe bei Organstransplantationen
- operative (offene oder endoskopische) Behandlung oder Entfernung von bösartigen Tumoren und Metastasen ab Vorliegen einer gesicherten Diagnose über die Bösartigkeit (z.B. Histologiebefund)
- operative Entfernung von gutartigen Tumoren (ausgenommen gutartige Hauttumore) bei intraoperativ akut notwendiger Abklärung durch Schnellschnitt
- operative Eingriffe im Zusammenhang mit Leukämie,
- Operationen an Aorta, Halsschlagader oder Herzklappen
- Herzkatheter, Stent und Bypass im Zusammenhang mit Erkrankungen der Herzkranzgefäße

§ 8. Anpassung

Dieser Tarif ist wertgesichert. Für die Anpassung der Prämien und der Versicherungsleistungen gilt § 18 AVB.