Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskostenversicherung

Tarif KAEK26- für die Ärztekammer Kärnten

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).

Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB-1995 werden folgende Leistungen erbracht. Die Höhe dieser Leistungen ergibt sich aus dem zweiten Abschnitt - Leistungen. Bei diesen Leistungen handelt es sich um im Versicherungsfall vom Versicherer zu erbringende Höchstbeträge.

I. Stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern (§ 5(8)-(12) AVB-1995)

A Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen Krankenhauses oder eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland

(1) Bei stationärer Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines österreichischen Krankenhauses (auch in Krankenanstalten für Nerven- und/oder Geisteskranke für längstens 8 Wochen und in Krankenanstalten für Lungen- und TBC-Kranke für längstens 3 Monate bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung) oder eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland übernimmt der Versicherer die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten Kosten, und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen.

a) Die Kostenübernahme in einem österreichischen Krankenhaus erfolgt durch Ausstellung einer Kostenverpflichtungserklärung und Direktverrechnung mit der Krankenhausverwaltung.

Diese Kostendeckungszusage (und die Kostendeckungszusage für eine Begleitperson nach Pkt. C (1)) kann seitens des Versicherers frühestens zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres widerrufen werden.

Der schriftliche Widerruf der Kostendeckungszusage wird nach Ablauf der im Gesetz bestimmten Frist wirksam. Er ist für solche medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen ohne Wirkung, die vor dem Wirksamwerden des Widerrufes begonnen haben.

b) Die Kostenübernahme für Aufenthalte im europäischen Ausland erfolgt nach Vorlage der Krankenhausrechnung.

(2) Diese Zusage gilt, solange dieser Tarif gemäß § 18 AVB-1995 angepasst wird und bis zu dem Zeitpunkt, zu dem sie frühestens widerrufen werden kann und widerrufen wird.

(3) In Abänderung der Bestimmungen des § 4(3)a) AVB-1995 beträgt die besondere Wartezeit für Schwangerschaft und Entbindung, einschließlich damit im Zusammenhang stehender Heilbehandlungen und Untersuchungen, sowie für Fehlgeburten 7 Monate.

B Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines anderen Krankenhauses

In diesen Fällen, die nicht unter Pkt. I. A fallen, werden Pflegegebühren pro Tag erbracht.

C Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson

(1) Bei einem Aufenthalt des versicherten Kindes gemäß Pkt. I.A(1) werden die Kosten in voller Höhe übernommen.

(2) Bei einem Aufenthalt des versicherten Kindes in einem anderen Krankenhaus gemäß Pkt. I. B werden die Kosten für eine Begleitperson pro Tag vergütet.

II. Ambulante Heilbehandlung

A Arzt- und Facharztkosten (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten) (§ 5 (2), (3), (5), AVB-1995)

(1) a) für eine Arztberatung in der Sprechstunde (Ordination)

b) für einen Tagesbesuch (Visite) des Arztes oder Facharztes

c) für einen Nachtbesuch von 22.00 bis 6.00 Uhr und für einen Sonn- oder Feiertagsbesuch des Arztes oder Facharztes

werden Vergütungen pro Behandlung erbracht.

(2) Kosten für Vorsorgeuntersuchungen werden ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt (für Mammographien besteht ein Leistungsanspruch ab dem vollendeten 40. Lebensjahr ein Mal in zwei Kalenderjahren; für Vorsorgekoloskopien besteht ein Leistungsanspruch ab dem vollendeten 50. Lebensjahr ein Mal in 10 Jahren).

B Ärztliche Sonderleistungen

Neben der tariflichen Vergütung für die Kosten der Arztberatung oder der Arztvisite werden für ärztliche Sonderleistungen 80 % der Kosten ersetzt.

a) Sonderleistungen - diagnostisch:

EKG, EEG, Röntgen, Labor, Sonographie etc.

b) Sonderleistungen - therapeutisch:

Injektionen, Infiltrationen, Bestrahlungen, Massagen, Bäder etc.

C Arzneimittel

Für ärztlich verordnete Arzneimittel (§ 5 (16) AVB-1995) (auch homöopathische Arzneimittel) werden 80 % der Kosten ersetzt.

D Heilbehelfe, Hilfsmittel (§ 5(7) AVB-1995)

a) Für Brillen und Kontaktlinsen werden 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

b) Für andere Heilbehelfe werden 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

Hat der Versicherer für Brillen, Kontaktlinsen oder andere Heilbehelfe gem. § 5 (7) AVB-1995 Kostenersatz geleistet, so besteht ein neuerlicher Anspruch auf Leistungen erst nach Ablauf der üblichen Nutzungsdauer, sofern nicht zu einem früheren Zeitpunkt aus medizinischen Gründen eine Neuanschaffung notwendig ist.

E Akutversorgung

Für ambulante Akutversorgung in den Ambulatorien der Landeskrankenhäuser (ausgenommen § 46 Honorare) oder in den Ambulatorien der von der AUVA geführten Unfallkrankenhäuser werden die Kosten in voller Höhe übernommen.

III. Krankenhaustransportkosten (§ 5(13) AVB-1995)

Für Transportkosten (§ 5 (13) AVB-1995) werden 80 % der Kosten bis zu einem Höchstsatz pro Kalenderjahr erbracht.

IV. Zahnbehandlung und Zahnersatz (ausgenommen Zahn- und Kieferregulierung)

Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB-1995 werden für konservierende Zahnbehandlung einschließlich Zahnextraktion und Zahnröntgen sowie für Zahnersatz 80 % der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

V. Rehabilitationsbehandlung

Bei stationärer Rehabilitationsbehandlung in einem inländischen Rehabilitationszentrum im Anschluß an einen stationären Krankenhausaufenthalt werden entstandene Kosten bis zu einem täglichen Höchstbetrag bis längstens 90 Tage für den Versicherungsfall der medizinisch notwendigen Rehabilitationsbehandlung übernommen.

Leistungen werden jedoch nur insoweit erbracht, als der Versicherer diese vor Beginn des stationären Rehabilitationsaufenthaltes zugesagt hat.

Das Ansuchen um die Zusage ist vom Versicherungsnehmer oder Versicherten vor Beginn des stationären Rehabilitationsaufenthaltes unter Benennung des Rehabilitationszentrums, Vorlage der vollständigen Krankengeschichte samt allfälliger Röntgenbilder sowie einem ärztlichen Gutachten, aus dem die Notwendigkeit der stationären Rehabilitationsbehandlung hervorgeht, beim Versicherer einzubringen.

VI. Kostenersatz bei Organtransplantation

Bei einer medizinisch notwendigen Organtransplantation (inkl. Knochenmarkspende) werden die Anmelde- und Registrierungskosten, die Kosten der Spendersuche und der Spenderauswahl sowie die Kosten der dazugehörigen Testverfahren insgesamt bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr ersetzt.

VII. Kinder

Kinder sind entsprechend der Beitragsordnung und Satzung der Kärntner Ärztekammer bis zum 27.Lebensjahr prämienfrei mitversichert.

VIII. Leistungs- und Prämienanpassung

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

IX. Beendigung der Versicherung, Recht auf Weiterversicherung

(1) Wird ein Versicherter bei einer Pflichtkrankenkasse anspruchsberechtigt endet diese Versicherung mit dem Beginn der Versicherungspflicht des jeweiligen Versicherten bei einer Pflichtkrankenkasse. Der Eintritt der Versicherungspflicht ist vom Versicherungsnehmer dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Für solche Versicherte besteht jedoch ein Recht auf Weiterversicherung nach einem Heilkostentarif. Die Weiterversicherung muss innerhalb eines Monats nach Beendigung dieser Versicherung in unmittelbarem Anschluss an diese beantragt werden.

(2) Mit Vollendung des 27. Lebensjahres endet diese Versicherung für mitversicherte Kinder. Unterliegen diese Kinder keiner Versicherungspflicht bei einer Pflichtkrankenkasse, besteht das Recht auf Weiterversicherung nach einem Heilkostentarif. Die Weiterversicherung muss innerhalb eines Monats nach Beendigung dieser Versicherung in unmittelbarem Anschluss an diese beantragt werden.

Zweiter Abschnitt - Leistungen
(Kostenvergütungsbeträge enthalten die gesetzlich vorgeschriebene MWSt.)

Stationäre Heilbehandlung in der Allgemeinen Gebührenklasse eines anderen Krankenhauses			
Pflegegebühren täglich	bis	EUR	269,00
Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson			
Kostenersatz für eine Begleitperson: pro Tag	bis	EUR	53,80
Arzt- und Facharztkosten (ausgenommen Zahnärzte und Dentisten) (§ 5 (2), (3), (5), AVB-1995)			
Kostenersatz für Arztberatung (Ordination)	bis	EUR	41,00
Tagesbesuch (Visite) eines Arztes oder Facharztes	bis	EUR	50,00
Nachtbesuch eines Arztes oder Facharztes	bis	EUR	79,00
Vorsorgeuntersuchungen (pro Kalenderjahr)			
a) Allgemeine Basisuntersuchung	bis	EUR	110,00
b) gynäkologische Untersuchungen	bis	EUR	30,00
c) Mammographien (einmal in zwei Kalenderjahren)	bis	EUR	105,00

Für nachstehende Vorsorgeuntersuchungen besteht ein Leistungsanspruch ab dem 50. Lebensjahr einmal in 10 Jahren.

Hohe diagnostische Vorsorgekoloskopien mit Schlingenpolypektomien	bis	EUR	260,00
Hohe diagnostische Vorsogekoloskopien ohne Schlingenpolypektomien	bis	EUR	230,00
Inkomplette diagnostische Vorsorgekoloskopien mit Schlingenpolypektomien	bis	EUR	190,00
Inkomplette diagnostische Vorsorgekoloskopien ohne Schlingenpolypektomien	bis	EUR	160,00

Ärztliche Sonderleistungen

80% Kostenersatz für Sonderleistungen diagnostisch und therapeutisch 80 % pro Kalenderjahr	bis	EUR	890,00

Wird der Höchstbetrag für ärztliche Sonderleistungen ausgeschöpft, kommt ein Selbstbehalt, der dem 5-fachen Höchstbetrag für ärztliche Sonderleistungen entspricht, zum Tragen, und danach werden die Kosten ohne Höchstbetrag ersetzt.

Arzneimittel

80 % Kostenersatz für Arzneimittel pro Kalenderjahr	bis	EUR	619,00

Wird der Höchstbetrag für Arzneimittel ausgeschöpft, kommt ein Selbstbehalt in der Höhe von EUR 680,00 zum Tragen, und danach werden die Kosten ohne Höchstbetrag ersetzt.

Heilbehelfe, Hilfsmittel (§ 5(7) AVB-1995)

a)	80 % Kostenersatz für Brillen und Kontaktlinsen	bis	EUR	277,00
b)	80 % Kostenersatz für andere Heilbehelfe	bis	EUR	476,00

jeweils pro Kalenderjahr

Der Höchstsatz für Brillen und Kontaktlinsen ist ein Teilbetrag des Höchstsatzes für andere Heilbehelfe.

Krankenhaustransportkosten (§ 5(13) AVB-1995) Krankenhaustransportkosten 80 %	bis	EUR	500,00

pro Kalenderjahr

Zahnbehandlung und Zahnersatz (ausgenommen Zahn- und Kieferregulierung) 80 % Kostenersatz	bis	EUR	700,00

pro Kalenderjahr

Rehabilitationsbehandlung Behandlungskosten täglich	bis	EUR	190,00
Kostenersatz bei Organtransplantation Höchstbetrag pro Kalenderjahr	bis	EUR	30.000,00