



Ergänzende Versicherungsbedingungen für Medicare: Sonderklasse nach Unfall und Medicare: Sonderklasse nach Unfall und Krankenhaus-Tagegeld – Tarife SHU und STHU

§ 1

Dauer der Versicherungsleistungen

Alle Leistungen nach Unfall (ausgenommen „Tagegeld bei Rehabilitation und Anschlussheilverfahren nach Unfall“) werden innerhalb von zwei Jahren ab dem Unfalltag im Versicherungszeitraum bezahlt.

§ 2

Umfang der Versicherungsleistungen

(1) Leistung nach Unfall (siehe auch § 1 Abs. 5 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017)

1. Ein **Unfall** liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
2. Als Unfall gelten auch:
 - a) **Zerreißungen** von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf, wenn sie innerhalb von 7 Tagen ab dem Ereignistag medizinisch dokumentiert und ärztlich behandelt wurden.
 - b) **Bandscheibenhernien**, wenn sie durch eine plötzliche, erhebliche direkte Gewalteinwirkung auf das jeweilige Segment der Wirbelsäule verursacht werden, und
 - diese durch Kraft und Richtung in der Lage war, eine gesunde Bandscheibe zu zerreißen, die bildgebende Untersuchung nach dem Unfall (wie MRT, Röntgen) keine degenerativen Veränderungen zeigt und vor dem Unfall keine Wirbelsäulenbeschwerden bestanden; oder
 - Frakturen ober- oder unterhalb der geschädigten Bandscheibe vorliegen; oder
 - es zu Bänderrissen im Bereich der Wirbelsäule mit Wirbelverrenkungen gekommen ist.
 - c) **Bauch- und Unterleibsbrüche**, wenn sie durch eine plötzlich von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagenbedingt waren.
3. Fehl- und Frühgeburten, die durch einen Unfall herbeigeführt worden sind, gelten nicht als Unfallfolgen. Unfälle als Folgen einer Krankheit sind im Sinne dieser Versicherungsbedingungen Krankheiten.

(2) Leistung nach Krankheit

Tarif SHU: Im Falle einer Krankheit werden keine Leistungen erbracht.

Tarif STHU: Im Falle einer Krankheit wird Krankenhaus-Tagegeld bezahlt (§ 9 Abs. 1).

(3) Leistung bei Schwangerschaft und Entbindung

Tarif SHU: Für Entbindungen sowie die mit der Schwangerschaft im Zusammenhang stehende medizinisch notwendige Heilbehandlung werden keine Leistungen erbracht.

Tarif STHU: Bei einer Entbindung wird Tagegeld bei Entbindung bezahlt (§ 9 Abs. 3).

§ 3

Kostenübernahme nach Unfall

(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 in voller Höhe übernommen und mit dem Krankenhaus direkt verrechnet.

(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

- die Behandlung in Österreich gleichwertig nicht durchgeführt werden kann, diese ärztlich empfohlen wurde und der Versicherer vorher eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat. Der Versicherer gibt eine Kostenübernahmeerklärung ab, wenn er über die geplante Behandlung informiert wurde und dadurch Gelegenheit hatte, vor Beginn der Behandlung mit dem betreffenden Krankenhaus über die Höhe der Kosten Einvernehmen herzustellen.
- wegen eines Unfalles während eines Aufenthaltes mit einer geplanten Dauer von bis zu 6 Wochen in diesen Ländern eine Heilbehandlung medizinisch notwendig ist und eine Rückkehr nach Österreich aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

Bei Kostenübernahme gemäß Pkt. a) wird der für „Kosten des Transportes ins Krankenhaus“ festgesetzte Betrag verdoppelt.

(4) **Krankenhausverzeichnis – Europaliste**
Die Vertragskrankenhäuser und die Europaliste sind im Krankenhausverzeichnis enthalten. Änderungen in diesem Verzeichnis werden dem Versicherungsnehmer in geschriebener Form bekanntgegeben und treten mit Zugang der Verständigung in Kraft. Der Versicherungsnehmer ist gesondert darauf hinzuweisen, wenn der Versicherer überhaupt keine Vertragskrankenhäuser mehr hat, sodass die volle Kostenübernahme gegenstandslos geworden ist.

Diese allgemeine Kostendeckungszusage kann im Sinn des § 178 c VersVG vom Versicherer in geschriebener Form 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 nachstehenden Leistungen durch Sozialversicherungsträger. Ohne Leistung eines Sozialversicherungsträgers werden die Kosten des Krankenhausaufenthalts bis zu den in der Police angeführten tariflichen Höchstbeträgen ersetzt:

- Für Sozialversicherte nach ASVG (Gebietskrankenkassen usw.), BSVG (Bauernkrankenkasse) und GSVG-Sachleistungsgruppe (Selbständige):
Der Sozialversicherungsträger erbringt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse.
- 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.
4. Für Anspruchsberechtigte nach den Gemeinschaftsbestimmungen über die soziale Sicherheit in der Europäischen Union (EU):
Der Versicherte ist aufgrund der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 988/2009 für stationäre Heilbehandlung von Unfallfolgen in Österreich sachleistungsberechtigt und der Sozialversicherungsträger erbringt für den konkreten Krankenhausaufenthalt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse.

(6) Entfall des Sozialversicherungsschutzes

Endet der Sozialversicherungsschutz bzw. die Anspruchsberechtigung des Versicherten, so entfällt der Versicherungsschutz für die Kostenübernahme nach Unfällen; Kosten von Krankenhausaufenthalten werden dann bis zu den in der Polizza angeführten tariflichen Höchstbeträgen ersetzt.

Möchte der Versicherungsnehmer den Vertrag in dieser Form nicht fortsetzen, kann er diesen hinsichtlich des Versicherten innerhalb eines Monats mit Wirksamkeit ab Entfall des Sozialversicherungsschutzes kündigen.

Macht der Versicherungsnehmer von diesem Recht nicht innerhalb eines Monats Gebrauch, so ist die Vertragsbeendigung nur zu dem der Mitteilung des Versicherungsnehmers folgenden Monatsersten möglich.

§ 4 Direktverrechnung

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

Weitere Grundlage ist eine vom Versicherten vor Antritt der stationären Heilbehandlung anzufordernde Kostenübernahmeerklärung. Die Art der Unfallfolgen und die Notwendigkeit der stationären 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.

Der Versicherte hat der Ermittlung von zum Zwecke der Direktverrechnung erforderlichen Daten zuzustimmen.

Wird die Zustimmungserklärung verweigert, widerrufen oder verspätet erteilt und stellt der Leistungserbringer Kosten und Honorare dem Versicherten in Rechnung, ist der Versicherer diesem gegenüber nur in dem in der Vereinbarung über die Direktverrechnung festgelegten Ausmaß zur Leistung verpflichtet.

§ 5 Tagesklinische Behandlung in Krankenhäusern nach Unfall

Tagesklinische Heilbehandlungen sind Heilbehandlungen in einem Krankenhaus, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Art der Heilbehandlung erfordert üblicherweise einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden,
- der Versicherte wird noch am Tag der Aufnahme aus dem Krankenhaus entlassen, und
- für die Heilbehandlung wird die Infrastruktur einer Abteilung des Krankenhauses in Anspruch genommen (z.B. Aufnahme in der Bettenstation, Benutzung eines Operationssaales).



Heilbehandlungen und Operationen in der Ambulanz eines Krankenhauses stellen jedenfalls keine tagesklinischen Behandlungen dar.

§ 6

Ambulante Operationen in Krankenhäusern nach Unfall

- (1) Ambulante Operationen sind
- medizinisch notwendige operative Eingriffe ab Operationsgruppe 3,
 - die üblicherweise einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordern und
 - in Krankenhäusern oder tagesklinischen Einrichtungen, die sowohl rechtlich, wirtschaftlich als auch organisatorisch an ein bettenführendes Krankenhaus angegliedert sind, durchgeführt werden.

Das für die Einstufung eines Eingriffs maßgebliche Operationsgruppenschema kann auf der Homepage des Versicherers unter folgendem Link eingesehen werden:

<https://www.generali.at/service/krankenversicherung-operationsgruppenschema.html>

Für ambulante Operationen in selbstständigen Tageskliniken oder in Ordinationen niedergelassener Fachärzte werden keine Leistungen erbracht.

- (2) Der Versicherer ersetzt die Kosten einer ambulanten Operation, sofern der Versicherte diese zuvor bei seinem Sozialversicherungsträger im Wege der Voreinreichung geltend gemacht hat. Der Versicherer leistet Kostenersatz abzüglich der Leistung des Sozialversicherungsträgers.

§ 7

Remobilisation

Für unfallbedingt medizinisch notwendige stationäre Remobilisation im Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung aufgrund eines Unfalles wird eine Leistung für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr erbracht.

Erfolgt die Remobilisation in einem Krankenhaus (Abteilung), mit dem der Versicherer dafür einen Vertrag abgeschlossen hat, werden die vereinbarten Kosten mit dem Vertragskrankenhaus gemäß § 4 direkt verrechnet. In allen übrigen Fällen wird das dafür im Leistungstarif angeführte Ersatztagegeld ausbezahlt.

§ 8

Tarifliche Leistungen nach Unfall

(1) Stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern

Bei stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die im Krankenhausverzeichnis nicht enthalten sind, werden für die Kosten des Aufenthaltes die Leistungen gemäß der für

- Tageskosten,
 - Behandlungshonorar,
 - Technische Leistungen, und
 - Summenleistung
- festgesetzten Beträgen erbracht.

(2) Tagesklinische Behandlung in Krankenhäusern

Für tagesklinische Heilbehandlungen in Krankenhäusern, mit denen dafür keine vertraglichen Vereinbarungen über die Kostenübernahme bestehen, werden für die Kosten die folgenden tariflichen Leistungen wie für eine eintägige stationäre Heilbehandlung erbracht:

- Tageskosten,
- Behandlungshonorar,
- Technische Leistungen und
- Summenleistung.

- (3) **Ambulante Operationen in Krankenhäusern**
Für ambulante Operationen in Krankenhäusern oder an diese angegliederten tagesklinischen Einrichtungen, mit denen dafür keine vertraglichen Vereinbarungen über die Kostenübernahme bestehen, wird das tarifliche Behandlungshonorar für die betreffende Operationsgruppe bezahlt.
- (4) **Tageskosten**
umfassen die zu bezahlenden Kosten für Verpflegs- und Krankenhausgebühren (für die Unterbringung, Pflege und Verpflegung).
- (5) **Behandlungshonorar**
umfasst alle ärztlichen Honorare ausgenommen die Honorare für technische Untersuchungen wie bildgebende Verfahren, Labor, Nuklearmedizin etc.
Soweit Kosten aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder vertraglicher Vereinbarungen mit dem Versicherer betraglich geregelt sind, ist der Versicherer zum Ersatz darüber hinausgehender Kosten (z.B. Sonderhonorare der Vorstände von Universitätskliniken gemäß § 46 KaKuG und ausführende Landesgesetze) nicht verpflichtet.
- (6) **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 A) Abs. 1, 2 und 4 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017).
- (7) **Ersatztagegeld**
wird anstelle des Kostenersatzes für stationäre Heilbehandlung (Kostenübernahme oder tariflich: Tageskosten, Behandlungshonorar, Technische Leistungen, Summenleistung) bezahlt.
- (8) **Aufenthaltskosten der Begleitperson**
werden zusätzlich zum Kostensatz für stationäre Heilbehandlung (Kostenübernahme oder tariflich: Tageskosten, Behandlungshonorar, Technische Leistungen, Summenleistung) oder Ersatztagegeld bezahlt.
- (9) **Kosten des Transportes ins Krankenhaus**
inkl. Bergungskosten und Hubschraubertransport werden zusätzlich zum Kostenersatz für stationäre Heilbehandlung bezahlt.
- (10) Das **Tagegeld bei Rehabilitation und Anschlussheilverfahren nach Unfall** wird bezahlt
- bei Rehabilitation in Rehabilitationszentren,
 - bei Anschlussheilverfahren (Nachbehandlungen in ursächlichem Zusammenhang mit einer vorangehenden Primärbehandlung in einer Krankenanstalt) in Sonderheilanstalten.

Diese Leistung wird je Aufenthalt längstens für 42 Tage erbracht.

Die nachfolgende Bestimmung des § 9 gilt nur bei Tarif STHU:

§ 9

Tarifliche Leistungen bei Krankheit und Entbindung

- (1) **Krankenhaus-Tagegeld**
Voraussetzung für die Leistung des Krankenhaus-Tagegeldes ist eine stationäre Heilbehandlung im Sinne des § 5 C) Abs. 10 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017.

Bei tagesklinischer Behandlung im Krankenhaus wird Krankenhaus-Tagegeld wie für einen

eintägigen Aufenthalt bezahlt.

Eine tagesklinische Behandlung liegt vor, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Art der Heilbehandlung erfordert üblicherweise einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden,
- der Versicherte wird noch am Tag der Aufnahme aus dem Krankenhaus entlassen, und
- für die Heilbehandlung wird die Infrastruktur einer Abteilung des Krankenhauses in Anspruch genommen (z.B. Aufnahme in der Bettenstation, Benutzung eines Operationsssaales).

Heilbehandlungen und Operationen in der Ambulanz eines Krankenhauses stellen jedenfalls keine tagesklinischen Behandlungen dar.

(2) Aufenthaltskosten der Begleitperson

werden zusätzlich zum Kostensatz für stationäre Heilbehandlung (Kostenübernahme oder tariflich: Tageskosten, Behandlungshonorar, Technische Leistungen, Summenleistung) oder Ersatztagegeld bezahlt.

(3) Tagegeld bei Entbindung

wird bei einer Entbindung zu Hause oder bei einer Entbindung im Krankenhaus jedenfalls wie bei einer Aufenthaltsdauer von 6 Tagen bezahlt.

Bei längerer Aufenthaltsdauer wird pro Tag der vereinbarte Leistungsbetrag bezahlt.

(4) Tagegeld bei Kuraufenthalten

wird bezahlt, wenn ein Sozialversicherungsträger

- den Versicherten in ein Kurheim (auch Einrichtung für Psychosomatik und Zentrum für seelische Gesundheit) einweist bzw. den Aufenthalt bewilligt oder
- einen Kurkostenzuschuss bewilligt.

Als Kurkostenzuschuss des Sozialversicherungsträgers ist ein Zuschuss zu den Kosten einer Kur außerhalb des Wohnortes anzusehen, nicht der Ersatz von Kurmittelkosten allein.

Diese Tarifleistung wird auch bezahlt, wenn der Kuraufenthalt vom Versicherer bewilligt wurde. Voraussetzung für die Bewilligung 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. Der Versicherer kann vor Erledigung des Antrages auf seine Kosten die Untersuchung des Versicherten durch einen von ihm bestimmten Arzt verlangen. Er hat binnen 4 Wochen nach Eingang des Antrages oder des Untersuchungsergebnisses Stellung zu nehmen, ansonsten gilt der Antrag als bewilligt.

Für ambulant durchgeführte Kuren erfolgt keine Bewilligung.

Das Tagegeld wird je Aufenthalt längstens

- bei Kuraufenthalt ~~längstens~~ für 28 Tage;
- bei Kuraufenthalt in einer Einrichtung für Psychosomatik und einem Zentrum für seelische Gesundheit für 42 Tage

und höchstens für 3 Aufenthalte in 6 Jahren geleistet.

(5) Tagegeld bei Rehabilitationsaufenthalten

wird bezahlt, wenn ein Sozialversicherungsträger den Versicherten in ein Rehabilitationszentrum (eigene oder Vertragseinrichtung) einweist bzw. den Aufenthalt bewilligt.

Diese Tarifleistung wird auch bezahlt, wenn die Rehabilitation vom Versicherer bewilligt wurde. Voraussetzung für die Bewilligung 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. Der Versicherer kann vor Erledigung des Antrages auf seine Kosten die Untersuchung des Versicherten durch einen von ihm bestimmten Arzt verlangen. Er hat binnen 4 Wochen nach Eingang des Antrages oder des Untersuchungsergebnisses Stellung zu nehmen, ansonsten gilt der Antrag als bewilligt.

Das Tagegeld wird je Rehabilitationsaufenthalt für längstens 42 Tage und höchstens für 3 Aufenthalte in 6 Jahren geleistet.

(6) Tagegeld bei Akutgeriatrie und Remobilisation

wird bei medizinisch notwendiger stationärer Akut-Geriatrie und Remobilisation im Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr bezahlt.

(7) Tagegeld bei Aufenthalt in Hospiz oder Palliativstation

wird bei medizinisch notwendigen stationären Aufenthalten in einem Hospiz oder einer Palliativstation eines Krankenhauses für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr bezahlt.

§ 10

Gesundheits-Assistance

(1) Informationen über medizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienste

werden bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung aufgrund eines Unfalles zu folgenden Themen erteilt:

- Medizinische Einrichtungen weltweit,
- Krankenanstalten in Österreich (öffentlich, privat),
- Transporteinrichtungen in Österreich.

1. Informationen über medizinische Einrichtungen außerhalb Österreichs

werden erteilt, wenn für die spezielle medizinische Behandlung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung in Österreich vorhanden oder ärztliche Hilfe während eines Auslandsaufenthaltes erforderlich ist.

2. Informationen über Transporteinrichtungen in Österreich

werden erteilt, wenn der Versicherte 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.

(2) Hilfe im Notfall in Österreich

Ein medizinischer Notfall liegt vor, wenn der Versicherte 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 der Versicherer rund um die Uhr erreichbar und unterstützt durch Herstellung der Verbindung 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).

(3) Bester Arzt, bester Therapeut

Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung aufgrund eines Unfalles unterstützt der Versicherer den Versicherten bei der Suche nach dem hinsichtlich

- des konkreten Beschwerdebildes am besten geeigneten Arzt, bzw.
- der ärztlich empfohlenen Maßnahmen am besten geeigneten Therapeuten.

(4) Ärztliche Zweitmeinung (Second Opinion)

Bei einer notwendigen medizinischen Heilbehandlung von Unfallfolgen nennt der Versicherer auf Wunsch des Versicherten einen, wenn eine Therapie bzw. ein Eingriff von einem Arzt bereits geplant ist.

(5) Herstellung der Verbindung

erfolgt nur auf Wunsch des Versicherten.

Der Versicherer stellt nur den erstmaligen Kontakt her, in weiterer Folge wendet sich der Versicherte selbst an den Arzt/Therapeuten, die medizinische Einrichtung oder den Gesundheitsdienst.

(6) Haftungsausschluss

Durch die Informationsleistung bzw. Herstellung der Verbindung gewährleistet der Versicherer nicht die Verfügbarkeit der Leistungen des betreffenden Arztes/Therapeuten, der medizinischen Einrichtung oder des Gesundheitsdienstes in einem bestimmten Umfang oder innerhalb eines bestimmten Zeitraumes.

(7) Leistungen des persönlichen Gesundheits-Managers

werden für einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten ab Beginn einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung von Unfallfolgen durch dafür qualifizierte Mitarbeiter eines Vertragspartners des Versicherers erbracht.

Der Versicherer trägt die Kosten der Begleitung und Unterstützung durch den persönlichen Gesundheits-Manager, leistet jedoch keinen Kostenersatz für von diesem erarbeitete oder vorgeschlagene Maßnahmen (z.B. Kosten von Rehabilitation oder Umschulungsmaßnahmen).

(8) Nachweis der Anspruchsvoraussetzungen

Außer bei „Hilfe im Notfall in Österreich“ kann der Versicherer verlangen, dass der Versicherte die Anspruchsvoraussetzungen der oben angeführten Leistungen durch entsprechende medizinische Unterlagen (ärztliche Befunde, Rezepte für Arzneien, etc.) nachweist.

§ 11

Änderung der Prämie und des Versicherungsschutzes

- (1) Die Tarife SHU und STHU unterliegen der Anpassung gemäß § 17 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017.
- (2) In Ergänzung zu § 17 Abs. 1 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017 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 § 17 Abs. 3 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017 gilt:
Ob und in welchem Umfang der Versicherer zur Kostenübernahme (§ 3 Abs. 1 – 3) verpflichtet ist, ergibt sich aus der zuletzt gültigen Police.

Ergänzende Versicherungsbedingungen für Medicare: Sonderklasse – Tarife SJ und SJR

§ 1

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 (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

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 wurde und der Versicherer vorher eine Kostenübernahmeerklärung abgegeben hat. Der Versicherer gibt eine Kostenübernahmeerklärung ab, wenn er über die geplante Behandlung informiert wurde und dadurch Gelegenheit hatte, vor Beginn der Behandlung mit dem betreffenden Krankenhaus über die Höhe der Kosten Einvernehmen herzustellen.
- b) wegen eines Unfalles oder einer akut auftretenden Erkrankung während eines Aufenthaltes mit einer geplanten Dauer von bis zu 6 Wochen in diesen Ländern eine Heilbehandlung medizinisch notwendig und eine Rückkehr nach Österreich aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

Bei Kostenübernahme gemäß Pkt. a) wird der für „Kosten des Krankenhaus- und Heimtransportes“ festgesetzte Betrag verzehnfacht.

(4) Krankenhausverzeichnis – Garantietarife – Europaliste

Die Vertragskrankenhäuser in Österreich und die Länder der Europaliste sind im Krankenhausverzeichnis angeführt.

Für alle Vertragskrankenhäuser sind für die volle Kostenübernahme zumindest erforderliche Tarifstufen definiert (Garantietarife).

Die Kostenübernahme aufgrund des versicherten Tarifs ist in der Polizze beschrieben.

Diese allgemeine Kostendeckungszusage kann im Sinn des § 178c VersVG vom Versicherer in geschriebener Form widerrufen werden. Der Widerruf wird nach Ablauf von drei Wochen wirksam.

(5) Selbstbehalt

1. Selbstbehalt bei Krankheit

Ist der versicherte Tarif niedriger als der für das betreffende Krankenhaus bzw. die betreffende Zimmerkategorie gültige Garantietarif, so gilt die Kostenübernahme (Abs. 1 bis 3) mit dem auf der Polizze angeschriebenen Selbstbehalt pro Aufenthaltstag vereinbart.

Dieser Selbstbehalt ist je Kalenderjahr für höchstens 5 Tage zu bezahlen.

Erstreckt sich ein Krankenhausaufenthalt über den Jahreswechsel hinaus, ist auch für diesen Aufenthalt der Selbstbehalt mit höchstens 5 Tagen begrenzt.

Bei mehreren Krankenhausaufenthalten in unterschiedlichen Krankenhäusern oder Zimmerkategorien innerhalb eines Kalenderjahres sind ab dem 6. Aufenthaltstag die jeweils 5 höchsten Selbstbehalte maßgeblich.

Ist für das betreffende Krankenhaus bzw. die betreffende Zimmerkategorie ein Selbstbehalt vereinbart, der höher ist als die bisher verrechneten Selbstbehalte, so ist dieser höhere Selbstbehalt zu bezahlen. Von diesem wird der jeweils niedrigste bereits bezahlte Selbstbehalt abgezogen und nur die Differenz vorgeschrieben.

2. Selbstbehalt bei Unfall

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

2.1 Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

2.2 Als Unfall gelten auch:

- a) Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln sowie Meniskusverletzungen infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf, wenn sie innerhalb von 7 Tagen ab dem Ereignistag medizinisch dokumentiert und ärztlich behandelt wurden.
- b) Bandscheibenhernien, wenn sie durch eine plötzliche, erhebliche direkte Gewalteinwirkung auf das jeweilige Segment der Wirbelsäule verursacht werden, und
 - diese durch Kraft und Richtung in der Lage war, eine gesunde Bandscheibe zu zerreißen, die bildgebende Untersuchung nach dem Unfall (wie MRT, Röntgen) keine degenerativen Veränderungen zeigt und vor dem Unfall keine Wirbelsäulenbeschwerden bestanden; oder
 - Frakturen ober- oder unterhalb der geschädigten Bandscheibe vorliegen; oder
 - es zu Bänderrissen im Bereich der Wirbelsäule mit Wirbelverrenkungen gekommen ist.
- c) Bauch- und Unterleibsbrüche, wenn sie durch eine plötzlich von außen kommende mechanische Einwirkung direkt herbeigeführt worden sind und nicht anlagenbedingt waren.

2.3 Als Unfälle gelten nicht:

- a) Fehl- und Frühgeburten, die durch einen Unfall herbeigeführt worden sind;
- b) Unfälle als Folgen einer Krankheit.

(6) Differenztagegeld in Vertragskrankenhäusern in Österreich

Besteht Versicherungsschutz nach einem Tarif, der höher ist als für die volle Kostenübernahme lt. gültigem Garantietarif 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



Garantietarif, multipliziert mit dem für die Grundtarifstufe SJ1/SJR1 vorgesehenen Betrag von EUR 0,15.

(7) Sozialversicherungsschutz

Abhängig vom Sozialversicherungsschutz des Versicherten erfolgt die Kostenübernahme unter der Voraussetzung der Erbringung der nachstehenden Leistungen durch Sozialversicherungsträger.

Ohne Leistung eines Sozialversicherungsträgers erfolgt keine Kostenübernahme (Abs. 1 – 3) und die Kosten der stationären Heilbehandlung werden bis zu den in der Polizze angeführten tariflichen Höchstbeträgen ersetzt:

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.
4. Für Anspruchsberechtigte nach den Gemeinschaftsbestimmungen über die soziale Sicherheit in der Europäischen Union (EU):
Der Versicherte ist aufgrund der Verordnungen (EG) Nr. 883/2004 und Nr. 988/2009 im Krankheitsfall in Österreich sachleistungsberechtigt und der Sozialversicherungsträger erbringt für den konkreten Krankenhausaufenthalt eine Leistung für die Kosten der allgemeinen Gebührenklasse.

(8) Änderung/Ende des Sozialversicherungsschutzes, Änderung des Wohnsitzes

Eine Änderung bzw. Beendigung des Sozialversicherungsschutzes oder eine Änderung des Wohnsitzes wirkt sich auf den Versicherungsschutz aus – insbesondere kann ein Selbstbehalt anfallen oder ein bestehender Selbstbehalt steigen.

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.

Der Versicherer 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.

Dies gilt sinngemäß, wenn der Sozialversicherungsschutz des Versicherten endet. Bis zur Umstellung auf einen gleichartigen Tarif für Nichtsozialversicherte erfolgt keine Kostenübernahme (Abs. 1 – 3) und die Kosten der stationären Heilbehandlung werden bis zu den in der Polizze angeführten tariflichen Höchstbeträgen ersetzt.

§ 2

Direktverrechnung

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

Der Versicherte hat der Ermittlung von zum Zwecke der Direktverrechnung erforderlichen Daten zuzustimmen.

Wird die Zustimmungserklärung verweigert, widerrufen oder verspätet erteilt und stellt der Leistungserbringer Kosten und Honorare dem Versicherten in Rechnung, ist der Versicherer diesem gegenüber nur in dem in der Vereinbarung über die Direktverrechnung festgelegten Ausmaß zur Leistung verpflichtet.

§ 3

Tagesklinische Behandlung in Krankenhäusern

Tagesklinische Heilbehandlungen sind Heilbehandlungen in einem Krankenhaus, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Art der Heilbehandlung erfordert üblicherweise einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden,
- der Versicherte wird noch am Tag der Aufnahme aus dem Krankenhaus entlassen, und
- für die Heilbehandlung wird die Infrastruktur einer Abteilung des Krankenhauses in Anspruch genommen (z.B. Aufnahme in der Bettenstation, Benutzung eines Operationssaales).

Heilbehandlungen und Operationen in der Ambulanz eines Krankenhauses stellen jedenfalls keine tagesklinischen Behandlungen dar.

§ 4

Ambulante Operationen in Krankenhäusern

(1) Ambulante Operationen sind

- medizinisch notwendige operative Eingriffe ab Operationsgruppe 3,
- die üblicherweise einen Aufenthalt von mindestens 24 Stunden erfordern und
- in Krankenhäusern oder tagesklinischen Einrichtungen, die sowohl rechtlich, wirtschaftlich als auch organisatorisch an ein bettenführendes Krankenhaus angegliedert sind, durchgeführt werden.

Das für die Einstufung eines Eingriffs maßgebliche Operationsgruppenschema kann auf der Homepage des Versicherers unter folgendem Link eingesehen werden:

<https://www.generali.at/service/krankenversicherung-operationsgruppenschema.html>

Für ambulante Operationen in selbstständigen Tageskliniken oder in Ordinationen niedergelassener Fachärzte werden keine Leistungen erbracht.

(2) Der Versicherer ersetzt die Kosten einer ambulanten Operation, sofern der Versicherte diese zuvor bei seinem Sozialversicherungsträger im Wege der Voreinreichung geltend gemacht hat. Der Versicherer leistet Kostenersatz abzüglich der Leistung des Sozialversicherungsträgers.

§ 5

Akut-Geriatrie und Remobilisation

Für medizinisch notwendige stationäre Akut-Geriatrie und Remobilisation im Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung wird eine Leistung für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr erbracht. Erfolgt Akut-Geriatrie bzw. Remobilisation in einem Krankenhaus (Abteilung), mit dem der Versicherer dafür einen Vertrag abgeschlossen hat, werden die vereinbarten Kosten mit dem Vertragskrankenhaus gemäß § 2 direkt verrechnet. In allen übrigen Fällen wird das dafür im Leistungstarif angeführte Ersatztagegeld ausbezahlt.

§ 6

Hospiz, Palliativstation

Für medizinisch notwendige stationäre Aufenthalte in einem Hospiz oder einer Palliativstation eines Krankenhauses wird eine Leistung für höchstens 28 Tage pro Kalenderjahr erbracht. Erfolgt der Aufenthalt in einer Einrichtung, mit der der Versicherer dafür einen Vertrag abgeschlossen hat, werden die vereinbarten Kosten mit der Vertragseinrichtung gemäß § 2 direkt verrechnet. In allen übrigen Fällen wird das dafür im Leistungstarif angeführte Ersatztagegeld ausbezahlt.

§ 7

Tarifliche Leistungen

(1) Umfang einzelner tariflicher Leistungen

1. Tageskosten

umfassen die zu bezahlenden Kosten für Verpflegs- und Krankenhausgebühren (für die Unterbringung, Pflege und Verpflegung).

2. Behandlungshonorar

umfasst alle ärztlichen Honorare (auch Honorare für Hebammen) ausgenommen die Honorare für technische Untersuchungen wie bildgebende Verfahren, Labor, Nuklearmedizin etc. Soweit Kosten aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder vertraglicher Vereinbarungen mit dem Versicherer betraglich geregelt sind, ist der Versicherer zum Ersatz darüber hinausgehender Kosten (z.B. Sonderhonorare der Vorstände von Universitätskliniken gemäß § 46 KaKuG und ausführende Landesgesetze) nicht verpflichtet.

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 A) Abs. 1, 2 und 4 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017).

(2) Stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern

Bei stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die im Krankenhausverzeichnis nicht enthalten sind, werden für die Kosten des Aufenthaltes die Leistungen gemäß der für

- Tageskosten,
- Behandlungshonorar,
- Technische Leistungen, und
- Summenleistung

festgesetzten Beträgen erbracht.

(3) Tagesklinische Heilbehandlung in Krankenhäusern

Für tagesklinische Heilbehandlungen in Krankenhäusern, mit denen dafür keine vertraglichen Vereinbarungen über die Kostenübernahme bestehen, werden für die Kosten die folgenden tariflichen Leistungen wie für eine eintägige stationäre Heilbehandlung erbracht:

- Tageskosten,
- Behandlungshonorar,
- Technische Leistungen und
- Summenleistung.

(4) Ambulante Operationen in Krankenhäusern

Für ambulante Operationen in Krankenhäusern oder an diese angegliederten tagesklinischen Einrichtungen, mit denen dafür keine vertraglichen Vereinbarungen über die Kostenübernahme bestehen, wird das tarifliche Behandlungshonorar für die betreffende Operationsgruppe bezahlt.

§ 8

Gesundheits-Assistance

(1) Informationen über medizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienste

werden bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung zu folgenden Themen erteilt:

- Medizinische Einrichtungen weltweit,
- Krankenanstalten in Österreich (öffentlich, privat),
- Transporteinrichtungen in Österreich.

1. Informationen über medizinische Einrichtungen außerhalb Österreichs

werden erteilt, wenn für die spezielle medizinische Behandlung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung in Österreich vorhanden oder ärztliche Hilfe während eines Auslandsaufenthaltes erforderlich ist.

2. Informationen über Transporteinrichtungen in Österreich

werden erteilt, wenn der Versicherte aufgrund der Art der Erkrankung bzw. durch die Unfallfolgen oder wegen der ärztlich angeordneten Verhaltensmaßnahmen außerstande ist, den Arzt oder die medizinische Einrichtung aus eigener Kraft aufzusuchen.

(2) Hilfe im Notfall in Österreich

Ein medizinischer Notfall liegt vor, wenn der Versicherte 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 der Versicherer rund um die Uhr erreichbar und unterstützt durch Herstellung der Verbindung 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).

(3) Bester Arzt, bester Therapeut

Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung unterstützt der Versicherer den Versicherten bei der Suche nach dem hinsichtlich

- des konkreten Beschwerdebildes am besten geeigneten Arzt, bzw.
- der ärztlich empfohlenen Maßnahmen am besten geeigneten Therapeuten.

(4) Ärztliche Zweitmeinung (Second Opinion)

Bei einer notwendigen medizinischen Heilbehandlung nennt der Versicherer auf Wunsch des Versicherten einen Spezialisten, wenn eine Therapie bzw. ein Eingriff von einem Arzt bereits geplant ist.

(5) Herstellung der Verbindung

erfolgt nur auf Wunsch des Versicherten.

Der Versicherer stellt nur den erstmaligen Kontakt her, in weiterer Folge wendet sich der Versicherte selbst an den Arzt/Therapeuten, die medizinische Einrichtung oder den Gesundheitsdienst.

(6) Haftungsausschluss

Durch die Informationsleistung bzw. Herstellung der Verbindung gewährleistet der Versicherer nicht die Verfügbarkeit der Leistungen des betreffenden Arztes/Therapeuten, der medizinischen Einrichtung oder des Gesundheitsdienstes in einem bestimmten Umfang oder innerhalb eines bestimmten Zeitraumes.

(7) Leistungen des persönlichen Gesundheits-Managers

werden für einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten durch dafür qualifizierte Mitarbeiter eines Vertragspartners des Versicherers erbracht.

Dieser Zeitraum beginnt

- bei der Begleitung während der Genesung und Unterstützung bei der besseren Bewältigung der durch den Versicherungsfall bedingten Lebenssituation mit der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung;
- bei der Erarbeitung einer Strategie zur Reduktion von Risikofaktoren und Unterstützung bei Maßnahmen zur Umstellung hin zu einem gesünderen Lebensstil mit der erstmaligen Kontaktaufnahme des Versicherten mit dem Gesundheits-Manager.

Der Versicherer trägt die Kosten der Begleitung und Unterstützung durch den persönlichen Gesundheits-Manager, leistet jedoch keinen Kostenersatz für von diesem erarbeitete oder vorgeschlagene Maßnahmen (z.B. Kosten gesünderer Lebensmittel oder eines Fitnesstrainings).

(8) Nachweis der Anspruchsvoraussetzungen

Außer bei „Hilfe im Notfall in Österreich“ kann der Versicherer verlangen, dass der Versicherte die Anspruchsvoraussetzungen der oben angeführten Leistungen durch entsprechende medizinische Unterlagen (ärztliche Befunde, Rezepte für Arzneien, etc.) nachweist.

§ 9

Änderung der Prämie und des Versicherungsschutzes

(1) Die Tarife SJ und SJR unterliegen der Anpassung gemäß § 17 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017.

(2) In Ergänzung zu § 17 Abs. 1 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017 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 § 17 Abs. 2 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017 gilt:

Ergibt der Vergleich der in § 17 Abs. 1 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017 genannten Faktoren eine Änderung der zu erwartenden Leistungen um mindestens die in der Grundtarifstufe SJ1/SJR1 festgelegten Leistungen, so erfolgt eine Anpassung um die entsprechende Anzahl von Grundtarifstufen.

(4) Ergibt der Vergleich der in § 17 Abs. 1 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017 genannten Faktoren einen Änderungsbedarf für die Prämie der Grundtarifstufe SJ1/SJR1, so wird die Prämie der Grundtarifstufe SJ1/SJR1 entsprechend angepasst.

(5) In Ergänzung zu § 17 Abs. 3 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017 gilt:

Ob und in welchem Umfang der Versicherer zur Kostenübernahme (§ 1 Abs. 1 – 3) verpflichtet ist, ergibt sich aus der zuletzt gültigen Polizza.



Die nachfolgende Bestimmung des § 10 gilt nur für den Tarif SJR:

**§ 10
Tarifabrechnungsverband**

Die Versicherungen nach Tarif SJR gehören zum Tarifabrechnungsverband H (siehe § 18 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017) und berechtigen bei Leistungsfreiheit zu einer Prämienrückvergütung in Höhe von 15% der für das Kalenderjahr vorgeschriebenen, abgegrenzten Jahresprämie.

Leistungstarif der Generali Versicherung AG

gültig ab: 01.01.2019

Beträge in EUR

Tarifvariante: **STHU Wien Zweibett**

MedCare: Sonderklasse nach Unfall und Krankenhaus-Tagegeld

Garantie für Wien Zweibett

Tarif: STHU

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Gruppenkrankenversicherung:

Krankenhausverzeichnis (KHVerEinzel)

Nach Unfällen Kostenübernahme in Krankenanstalten Kostengarantie für Vertragskrankenanstalten in Österreich sowie in Europa und weltweit: Bitte entnehmen Sie dem Krankenhausverzeichnis für welche Krankenhäuser die Kostenübernahme gilt.

Tarifliche Leistungen:

Tageskosten intern / operativ je Tag bis EUR 200,00

Behandlungshonorar inkl. Konsilien, Anästhesist - ausgenommen Honorare für technische Leistungen:

Behandlungshonorar intern

1. - 5. Tageshonorar	EUR	140,00
ab 6. Tageshonorar	EUR	70,00

Behandlungshonorar operativ je

1. Operationsgruppe	EUR	300,00
2. Operationsgruppe	EUR	450,00
3. Operationsgruppe	EUR	750,00
4. Operationsgruppe	EUR	1.250,00
5. Operationsgruppe	EUR	1.500,00
6. Operationsgruppe	EUR	2.250,00
7. Operationsgruppe	EUR	3.000,00
8. Operationsgruppe	EUR	4.000,00

Technische Leistungen inkl. Honorar und Sachaufwand (auch Operationssaal):

Technische Leistungen intern

1. - 5. Tageshonorar	EUR	70,00
ab 6. Tageshonorar	EUR	35,00

Technische Leistungen operativ je

1. Operationsgruppe	EUR	120,00
2. Operationsgruppe	EUR	180,00
3. Operationsgruppe	EUR	300,00
4. Operationsgruppe	EUR	500,00
5. Operationsgruppe	EUR	600,00
6. Operationsgruppe	EUR	900,00
7. Operationsgruppe	EUR	1.200,00
8. Operationsgruppe	EUR	1.600,00

Summenleistung für die nicht vergüteten Aufwendungen pro Versicherungsfall

intern / operativ bis EUR 425,00

Ambulante Operationen in Krankenhäusern

Die Honorare und Kosten ambulanter Operationen werden wie folgt vergütet:

1. Operationsgruppe	EUR	-
2. Operationsgruppe	EUR	-
3. Operationsgruppe	EUR	750,00
4. Operationsgruppe	EUR	1.250,00
5. Operationsgruppe	EUR	1.500,00
6. Operationsgruppe	EUR	2.250,00
7. Operationsgruppe	EUR	3.000,00
8. Operationsgruppe	EUR	4.000,00

Ersatztagegeld:

wenn für einen medizinisch notwendigen stationären Aufenthalt keine Leistungen

(Kostenübernahme, tariflicher Kostenersatz) in Anspruch genommen wurden,

je Aufenthaltstag:

wegen Heilbehandlung im Krankenhaus EUR 150,00

wegen Remobilisation EUR 70,00

Leistung bei Krankheit oder Entbindung:

Krankenhaus - Tagegeld pro Tag im Krankenhaus stationär EUR 50,00

Bei tagesklinischen Behandlungen im Krankenhaus wird 1 Tag bezahlt.

Bei Entbindung wird Tagegeld pro Aufenthaltstag im Krankenhaus geleistet -

mindestens für 6 Tage, daher mindestens in Höhe von EUR 300,00

Tagegeld bei Akut-Geriatrie und Remobilisation EUR 25,00

Tagegeld bei Aufenthalt in Hospiz oder Palliativstation EUR 25,00

Aufenthaltskosten der Begleitperson bei Unfall oder Krankheit bei stationär notwendiger Heilbehandlung des versicherten Kindes bis zum vollendeten 15. Lebensjahr

Kosten des Krankenhaus- und Heimtransportes je Transport bis EUR 100,00

Bei Unfall Ersatz von Bergungs- und Transportkosten ins Krankenhaus inkl. Hubschraubertransport bis EUR 3.500,00

Tagegeld bei Kuraufenthalten EUR 15,00

Tagegeld bei Kur in Einrichtung für Psychosomatik und Zentrum für seelische

Gesundheit EUR 15,00

Tagegeld bei Rehabilitationsaufenthalten EUR 50,00

Gesundheits-Assistance:

Wir unterstützen Sie bei der Suche nach dem besten Arzt oder dem besten Therapeuten für die Behandlung von Unfallfolgen.

Wir informieren Sie über medizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienste und bieten Hilfe im Notfall in Österreich.

Bei einer von einem Arzt geplanten Heilbehandlung von Unfallfolgen vermitteln wir Ihnen Spezialisten für eine Ärztliche Zweitmeinung (Second Opinion) und ersetzen die Kosten der ersten Ordination bis EUR 100,00.

Falls eine Beratung im Ausland notwendig ist, übernehmen wir die Transportkosten bis zu EUR 1.000,00 (Transportkosten innerhalb Österreichs werden nicht übernommen).

Ihr persönlicher Gesundheits-Manager begleitet Sie bei der Genesung und unterstützt bei der besseren Bewältigung der durch die Unfallfolgen bedingten Lebenssituation.

Option auf Sonderklasse nach Krankheit - SJO661

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, eine Sonderklasse-Versicherung mit Kostengarantie für Zweibettzimmer in Österreich/Wien abzuschließen. Bis zum Ende der 10-jährigen Optionslaufzeit (bis max. Alter 60) ist der Abschluss der Sonderklasse-Versicherung zu jedem Monatsersten - ohne neuerliche Gesundheitsprüfung - mit einer sechsmonatigen Wartezeit möglich. Die Prämie für die Sonderklasse-Versicherung ist nach Ablauf der Wartezeit zu bezahlen.

Der bestehende Tarif STHU wird dabei durch den Tarif SJ/SJR ersetzt und der Tarif SJO wird gelöscht.

Generali Versicherung AG, Aktiengesellschaft mit Sitz in Wien, Firmenbuch HG Wien: FN 38641a, UID-Nr. ATU 36872407, DVR-NR.:0603589, generali.at. Die Gesellschaft gehört zur Unternehmensgruppe der Assicurazioni Generali S.p.A., Triest, eingetragen im Versicherungsgruppenregister der IVASS unter der Nummer 026.

Unser Informationsblatt zur Datenverarbeitung ist unter www.generali.at/datenschutz abrufbar oder kann bei der Generali Versicherung AG angefordert werden.

Ergänzende Versicherungsbedingungen für die Option auf MedCare: Sonderklasse – Tarif SJO

§ 1

Option auf Sonderklasse – Tarifumstellung

(1) Inhalt der Option

1. Der Versicherungsnehmer ist bis zu dem in der Police angeführten Datum berechtigt, den Abschluss oder die Erhöhung des Tarifes SJ zu beantragen (Tarifumstellung). Der Versicherungsnehmer kann dabei eine Tarifstufe SJ bis zur Höhe der vereinbarten Tarifstufe SJO wählen.
2. Der Versicherungsnehmer ist auch berechtigt, anstelle des Tarifes SJ neuerlich eine Option in der bisher vereinbarten Höhe für einen weiteren Zeitraum von 10 Jahren – längstens bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres – zu beantragen. Dieser Neuabschluss der Option erfolgt ohne Risikoprüfung mit jener Prämie, die dem Alter des Versicherten zum Zeitpunkt des neuerlichen Abschlusses entspricht.
3. Die für ein Kind abgeschlossene Option wird mit dem auf die Vollendung dessen 18. Lebensjahres folgenden Monatsersten auf einen Vertrag mit Erwachsenenprämie und einer weiteren Laufzeit der Option von 10 Jahren umgestellt (§ 9 Abs. 2 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017). Der Versicherer erstellt zu diesem Zweck eine neue Police mit dem geänderten Datum des Ablaufs der Option.

(2) Zeitpunkt der Tarifumstellung

Die Tarifumstellung kann jeweils zu einem Monatsersten mit einer Frist von 6 Monaten beantragt werden.

(3) Folgen der Tarifumstellung

Die Tarifumstellung erfolgt ohne neuerliche Risikoprüfung und ohne Wartezeiten für die höheren (neuen) Leistungen.

Für die Bemessung der Prämie für die höheren (neuen) Leistungen ist das Alter zum Zeitpunkt der Tarifumstellung maßgebend.

Zum Zeitpunkt der Tarifumstellung in Kombination mit der Option versicherte Krankenhauskostentarife mit geringerem Versicherungsschutz werden durch den gewählten Tarif SJ ersetzt.

Ein Krankenhauskostentarif weist einen geringeren Versicherungsschutz im Sinne dieser Bedingungen auf, wenn er

- lediglich eine Ausschnittsdeckung (z.B. Kostenersatz nur nach Unfall) oder
- gegenüber der Tarifstufe SJO niedrigeren Kostenersatz bietet.

(4) Tarifumstellung durch den Versicherer

Wird die Tarifumstellung vom Versicherungsnehmer nicht bis zu dem in der Police angeführten Datum beantragt, erstellt der Versicherer eine neue Police mit den Leistungen und der Prämie der Tarifstufe SJ die der in der Police vereinbarten Tarifstufe SJO entsprechen.

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, innerhalb von 4 Wochen ab Erhalt der Police

- der Tarifumstellung zu widersprechen,
- eine Reduktion oder
- den neuerlichen Abschluss der Option gemäß § 1, Abs. 1, Pkt. 1 zu verlangen.



Bei Ablehnung der Tarifumstellung wird der Abschluss oder die Erhöhung des Tarifes SJ rückgängig gemacht und die Option ist erloschen.

§ 2

Versicherungsschutz der künftigen Krankenhauskostenversicherung

Vertragsgrundlagen

für „MedCare: Sonderklasse“ (Tarif SJ) sind:

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVBKV 2017) bzw. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Gruppenversicherung von Krankheitskosten und Krankenhaustagegeld (AVBKVG 2017);
- Ergänzende Versicherungsbedingungen für MedCare: Sonderklasse – Tarif SJ;
- Leistungstarif für MedCare: Sonderklasse – Tarif SJ;
- Österreichisches Recht.

Die Versicherungsbedingungen werden auf Verlangen übermittelt – ein diesbezügliches Ersuchen ist an die zuständige Regionaldirektion zu richten.

§ 3

Änderung der Prämie und des Versicherungsschutzes

Der Tarif SJO unterliegt der Anpassung gemäß § 17 AVBKV 2017 / AVBKVG 2017.

Bei der Festsetzung der erforderlichen Anpassung werden dabei auch Änderungen der Faktoren gemäß § 17, Abs. 1, Pkt. a) – f) AVBKV 2017 / AVBKVG 2017 im künftig versicherten Tarif SJ berücksichtigt.