

Besondere Versicherungsbedingungen BVB 2008

für die Krankenkostenversicherung MUK FAMILY PLUS - Wertgesicherter Tarif (mit Anpassungsklausel)

Abschnitt A - Tarifbestimmungen

Versicherungsschutz

Versicherungsschutz besteht für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. muki gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Wird nachfolgend nicht ausdrücklich Abweichendes bestimmt, finden auf alle Verträge nach dem gegenständlichen Tarif die Allgemeinen Bedingungen für die Krankenkosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB 2005/Fassung 2005) Anwendung. Voraussetzung für den Abschluss eines Versicherungsvertrages nach dem gegenständlichen Tarif ist, dass der gesamte Familienverband versichert wird und jede versicherte Person in Österreich gesetzlich pflichtversichert ist.

Gegenstand und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Abweichend von § 1 Z. 1-2.4 AVB 2005 gelten auch nachfolgend bezeichnete Ereignisse als Versicherungsfall nach gegenständlichem Tarif:
 - Betreuungshilfe nach Maßgabe der Tarifbestimmungen
 - Bergung bzw. Primärtransport nach einem Unfall
 - Reiseabbruch, Reiseverlängerung, Reiseterno
2. Als Unfall gelten in Ergänzung zu § 1 Z. 5 AVB 2005 auch folgende vom Willen der versicherten Person unabhängige Ereignisse: Ertrinken, Verbrennungen, Verbrühungen, Einwirkungen von Blitzschlag oder elektrischem Strom, Einatmen von Gasen oder Dämpfen, Einnehmen von giftigen oder ätzenden Stoffen, es sei denn, dass diese Einwirkungen allmählich erfolgen, weiters Verrenkungen von Gliedern sowie Zerrungen und Zerreißen von an Gliedmaßen und an der Wirbelsäule befindlichen Muskeln, Sehnen, Bändern und Kapseln infolge plötzlicher Abweichung vom geplanten Bewegungsablauf sowie Unfälle der versicherten Person als Fluggast in motorischen Luftfahrzeugen mit Ausnahme von Motorseglern und Ultralights, welche für die Verwendungsart Personenbeförderung zugelassen sind. Unfälle, die durch einen Herzinfarkt oder Schlaganfall herbeigeführt werden sowie Herzinfarkt oder Schlaganfall selbst gelten jedoch in keinem Fall als Unfallsfolge.
Als Fluggast gilt, wer weder mit dem Betrieb des Luftfahrzeuges in ursächlichem Zusammenhang steht oder Besatzungsmitglied ist, noch mittels des Luftfahrzeuges eine berufliche Betätigung ausübt.
3. Krankheiten und Verschlimmerungen bestehender, anlagebedingter oder degenerativer Schädigungen gelten nicht als Unfälle, übertragbare Krankheiten auch nicht als Unfallsfolgen. Dies gilt nicht für Kinderlähmung und die durch Zeckenbiss übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis sowie Wundstarrkrampf und Tollwut, die durch einen Unfall verursacht werden.

Abschluss des Versicherungsvertrages

4. Bei neugeborenen Kindern gilt in Abweichung zu § 2 Abs. 5 AVB 2005:
Die Eltern des Kindes – wenn schon Kinder vorhanden sind, auch alle im gemeinsamen Haushalt unter 19 Jahren – müssen seit mindestens 3 Monaten aufrechten Versicherungsschutz nach Tarifen genießen, die dem für das Kind beantragten Versicherungsschutz entsprechen. Die Voraussetzung der Vorversicherung aller Kinder im gemeinsamen Haushalt entfällt im Hinblick auf solche, die zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht länger als 12 Monate innerhalb des versicherten Familienverbandes gelebt hatten. Scheidet ein Elternteil aus dem versicherten Familienverband aus, ist er berechtigt, sich auf die gegenständliche Bestimmung zu Gunsten des Neugeborenen zu berufen, wenn dieses innerhalb seiner häuslichen Gemeinschaft verbleibt und für ihn selbst seit mindestens 3 Monaten aufrechter Versicherungsschutz bestanden hatte. Die Mitversicherung des Kindes muss innerhalb von drei Monaten nach der Geburt mit Wirkung ab dem Tag der Geburt dem Versicherer zur Kenntnis gebracht werden (vgl. § 16 AVB 2005).

Beginn des Versicherungsschutzes

5. Bei Neugeborenen beginnt in Ergänzung zu § 4 AVB 2005 der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn zum Zeitpunkt der Geburt ein Elternteil seit mindestens 3 Monaten aufrechten Versicherungsschutz durch den Versicherer genossen hat und dem Versicherer die Mitversicherung des Kindes ordnungsgemäß im Sinne des Pkt. 4. angezeigt worden ist. Der Geburt eines Kindes stehen Adoption und Pflegekindschaft gleich, sofern das Kind zum Zeitpunkt derselben noch minderjährig ist. Die Wartezeiten entfallen bei

Mitversicherung des im gleichen Haushalt lebenden Ehegatten oder (gleich- oder verschiedengeschlechtlichen) Lebenspartners, wenn zuvor mindestens für die Dauer von 3 Monaten ununterbrochen der Versicherungsschutz aufrecht war und die Mitversicherung innerhalb von drei Monaten nach Gründung des gemeinsamen Haushaltes beantragt worden ist.

Besondere Wartezeiten

6. A. Versicherungsschutz für Entbindungen sowie für erforderliche Untersuchungen auf Grund einer Schwangerschaft oder einer Fehlgeburt und damit im Zusammenhang stehende medizinische Heilbehandlungen besteht in Ergänzung zu § 4 Z. 3 AVB 2005 erst nach Ablauf einer Wartezeit von neun Monaten, es sei denn, die Schwangerschaft ist nachweislich nach Vertragsabschluss und während aufrechter Versicherungsdauer eingetreten.
B. In Bezug auf Tarifleistungen im Zusammenhang mit Kur- und Erholungsaufenthalten beträgt die Wartezeit 24 Monate.
C. In Bezug auf Tarifleistungen im Zusammenhang mit der Erstattung von Bestattungskosten beträgt die Wartezeit 12 Monate.

Der Versicherungsnehmer ist berechtigt, unter Anrechnung der aus der bisherigen Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Altersrückstellung in einen anderen Tarif dieser Versicherungsart bis zum bisherigen Deckungsumfang zu wechseln. Beantragt der Versicherungsnehmer den Übertritt in eine höhere Tarifklasse, treten im Umfang des Erweiterungsbegehrens die Bestimmungen der AVB 2005-Fassung 2005 sowie der gegenständlichen BVB bezüglich Abschluss des Versicherungsvertrages, Beginn des Versicherungsschutzes und Wartezeiten mit Wirkung ab Zustellung des Antrags von neuem in Kraft. Bezüglich des erweiterten Versicherungsschutzes, der mit der Erhöhung des Deckungsumfanges verbundenen ist, gelten darüber hinaus neuerlich die Bestimmungen über allgemeine und besondere Wartezeiten.

Einschränkung des Versicherungsschutzes

7. Keine Leistungspflicht besteht ergänzend zu § 6 AVB 2005-Fassung 2005 für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Terror verursacht sind; bei missbräuchlichem Genuss von Suchtgiften und Arzneimitteln sowie für Entziehungsmaßnahmen, einschließlich Entziehungskuren; bei Anhaltung wegen Selbst- oder Fremdgefährdung; bei aktiver Beteiligung an einem Streik, bei schädigender Wirkung von ionisierender Strahlung und Kernenergie; bei Auftreten von Seuchen und Epidemien; für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung; generell für Zahnbehandlungen, Zahnersatz sowie zahn- und kieferchirurgische Eingriffe, ausgenommen in Fällen zwingender und unaufschiebbarer medizinischer Notwendigkeit im Zusammenhang mit einem stationären Krankenhausaufenthalt.
8. Außer den in Pkt. 7. genannten Fällen besteht bei urlaubsbedingten Auslandsaufenthalten auch keine Leistungspflicht bei einer der versicherten Person bei Beginn des Auslandsaufenthaltes bekannten Schwangerschaft sowie mit dieser Schwangerschaft im Zusammenhang stehende Aufwendungen für Schwangerschaftsabbruch, Entbindung sowie für Wochenbetterkrankungen und deren Folgen. Versichert ist jedoch die Behandlung von für die versicherte Person nicht vorhersehbare, akut eingetretene Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburten vor Beendigung der 32. Schwangerschaftswoche und Fehlgeburten. Für die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Frühgeborenen im Rahmen der Frühgeburt besteht insoweit auch Versicherungsschutz.
Die TYROL AIR AMBULANCE (siehe Leistungen bei urlaubsbedingten weltweiten Auslandsaufenthalten) empfiehlt aus Erfahrung dringend, bei bekannter Schwangerschaft keine Reisen ins Ausland zu unternehmen.
Keine Leistungsverpflichtung besteht darüber hinaus, wenn die Impfempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation nicht eingehalten wurden. Wenn bei Eintritt des Versicherungsfalles den Anordnungen der TYROL AIR AMBULANCE nicht Folge geleistet wurde, insbesondere, wenn ein Heimtransport von der versicherten Person abgelehnt oder schuldhaft versäumt wird, besteht kein Anspruch auf weitere Leistungen oder Mehrkosten aus diesem Versicherungsfall. Keine Leistungsverpflichtung besteht auch, wenn die Beauftragung der TYROL AIR AMBULANCE nicht durch muki erfolgt ist.
9. Außer den in Pkt. 8. genannten Fällen besteht bei Reiseterno auch keine Leistungspflicht, wenn die Reise vor Versicherungsbeginn gebucht wurde; wenn der versicherten Person vor Buchung der Reise bekannt bzw. für sie voraussehbar sein musste, dass sie Leistungen in Anspruch nehmen wird

(z.B. bei bestehenden Erkrankungen); wenn das Reiseunternehmen vom Reisevertrag zurücktritt sowie bei vor der Buchung der Reise bekannten Schwangerschaften.

10. Soweit Kosten aufgrund gesetzlicher Bestimmungen oder vertraglicher Vereinbarungen mit dem Versicherer betraglich geregelt sind, ist der Versicherer zum Ersatz darüber hinaus gehender Kosten (z. B. Besondere Honorare der Vorstände von Universitätskliniken gemäß §46 Krankenanstaltengesetz) nicht verpflichtet.

Einreichung der Unterlagen und Auszahlung der Versicherungsleistungen

11. Ergänzungen zu § 7 AVB 2005: Tarifleistungen lt. Versicherungsbedingungen VB 2008, Abschnitt B - Leistungen - I.1, I.2, I.13, I.14, I.15, E.1, W.2 sowie W.5 bis W.7 gelten als subsidiär und werden deshalb nur erbracht, soweit nicht aus anderen bestehenden Privat- oder Sozialversicherungen Ersatz erlangt werden kann.

Verpflichtungen des Versicherungsnehmers

12. Ergänzung zu § 10 Abs. A Z. 1-3 AVB 2005: Die Monatsprämie ist abhängig von der Anzahl der versicherten Personen. Die einmalige Aufnahmegebühr beträgt EUR 20,00 pro Familie. Die jeweiligen Prämien sind dem jeweiligen Tarifblatt zu entnehmen und haben nur Gültigkeit, wenn die gesamte Familie zu diesem Tarif versichert ist.
13. Das Beitrittsalter ist die Differenz zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr. Eine Aufnahme erfolgt bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres.
14. Hat ein mitversichertes Kind das 19. Lebensjahr vollendet, so erfolgt ab dem nächstfolgenden Monatsersten die Umstellung auf den Tarif MUK als Einzelperson.

Obliegenheiten

15. Ergänzung zu § 11 AVB 2005: Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach deren Beginn anzuzeigen.
16. Ergänzung zu § 11 AVB 2005: Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
17. Der Versicherer ist mit der in § 6 Abs. 3 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkung von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in Pkt. 15. und 16. oder in den AVB 2005 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
18. Wird die in § 11 lit. C Z. 10 der AVB 2005 genannte Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 6 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.

Ende der Versicherung

19. Unbeschadet der Bestimmungen der §§ 13ff. AVB 2005 endet die Versicherung nach Vorlage der entsprechenden Nachweise auch für Versicherte, deren Anspruchsberechtigung bei einer österreichischen Pflichtversicherung erlischt, und zwar mit Ende der Anspruchsberechtigung.

Änderungen der Versicherungsbedingungen VB 2005

20. Als für Anpassungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände im Sinne des § 178f Versicherungsvertragsgesetz gelten die Veränderungen jener Faktoren, die in § 18 AVB 2005 - Fassung 2005 erschöpfend aufgezählt sind.

Bei der Festsetzung der Anpassung auf Grund der Veränderung der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen (§ 178f. Abs. 5 Z. 2 VersVG) bleiben jedoch Gebühren und/oder Honorare, über deren Höhe ein Einvernehmen mit dem Versicherer nicht hergestellt worden ist, außer Betracht; betrifft dies die Gebühren und/oder Honorare sämtlicher Spitäler eines Bundeslandes, wird der Anpassung die jeweilige Veränderung des vom österreichischen statistischen Zentralamt verlautbarten Index der Verbraucherpreise zu Grunde gelegt. Wird der Index der Verbraucherpreise nicht mehr verlautbart, gelten diese an seiner Stelle verlautbarten Werte; sollte die Berechnung des Index der Verbraucherpreise grundlegend geändert werden, bestimmt die Versicherungsaufsichtsbehörde den künftig anzuwendenden Maßstab.

21. Die Versicherungsbedingungen BVB 2008 können für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, geändert werden, wenn sich die Verhältnisse des Gesundheitswesens nicht nur vorübergehend verändern, hierzu gehören insbesondere Änderungen
- von Rechtsvorschriften, auf denen einzelne Bedingungen des Vertrages beruhen,
- der höchstrichterlichen Rechtsprechung, auf der einzelne Bedingungen des Vertrages beruhen, bzw.
in den Versicherungsbedingungen BVB 2008 eine Bestimmung unwirksam und zur Fortführung des Vertrages deren Ergänzung notwendig ist.

Solche Gründe können insbesondere vorliegen, wenn ein Gericht einzelne Bedingungen rechtskräftig für unwirksam erklärt oder eine Kartellbehörde oder eine Versicherungsaufsichtsbehörde eine Bedingung durch Verwaltungsakt als mit geltendem Recht nicht vereinbar beanstandet und die gesetzlichen Vorschriften keine Regelung enthalten, die an Stelle solcher Bedingungen tritt.

22. Ergänzung zu § 18 Z. 1.5 AVB 2005: Eine Änderung von Bedingungen ist nur zulässig, wenn das bei Vertragsschluss vereinbarte Verhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung in nicht unbedeutendem Maße gestört ist.

Abschnitt B – Leistung

(Kostenvergütungsbeträge enthalten die gesetzlich vorgeschriebene Mehrwertsteuer)

I Leistungen innerhalb Österreichs

I. Stationäre Heilbehandlung wegen Unfallsfolgen

Tarifleistungen nach der gegenständlichen Bestimmung werden gewährt, wenn

- eine stationäre Aufnahme der versicherten Person auf Grund eines Unfalls erfolgt und die Dauer des Aufenthalts mindestens 24 Stunden beträgt,

- die stationäre Heilbehandlung der versicherten Person zum Zwecke der Behandlung der Unfallsfolgen spätestens innerhalb von 12 Monaten nach dem dieser zu Grunde liegenden Unfall beginnt,

- die versicherte Person zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles innerhalb Österreichs bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung pflichtversichert ist.

I.1 Erstattung bei Behandlungen nach I. in Vertragskrankenhäusern

muki erstattet die Differenz auf jene Kosten und Nebenkosten für Honorare, Behandlungen, Pflegegebühren, Bestrahlungen und andere Leistungen für stationäre Behandlung, die auf Grund der jeweils geltenden Gesetze, Verordnungen und Verträge durch den Träger der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden, in voller Höhe, auch wenn im Einzelfall die tariflichen Leistungen nicht zur vollen Kostendeckung ausreichen sollten. Besteht allerdings ein Sonderklasse-Tarif (Vollkosten) bei einem anderen privaten Krankenversicherer, leistet der Versicherer nur subsidiär nach Ausschöpfung des dort bestehenden Leistungsanspruches.

Sind die Voraussetzungen für die Leistung erfüllt, stellt der Versicherer eine Kostenverpflichtungserklärung aus und verrechnet die Kosten direkt mit der Krankenhausverwaltung. Der Versicherungsschutz umfasst jene Besonderen Honorare im Sinne des § 46 Krankenanstaltengesetz. .

I.2 Erstattung in anderen Krankenhäusern

Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung wegen Unfallsfolgen in der Sonderklasse/Mehrbettzimmer einer nicht zu den Vertragskrankenhäusern gehörenden Krankenanstalt in Österreich sind bis zu folgenden Höchstsätzen erstattungsfähig:

Pflegegebühren (täglich)

Hauptversicherte	EUR	94,47
Familienversicherte	EUR	101,74

Behandlungskosten bei nicht operativen Fällen

Int. Behandlungspauschale	EUR	443,30
ab dem ersten Tag	EUR	54,50

Behandlungskosten bei operativen Fällen

Ersatz pro Aufenthaltstag	EUR	38,15
---------------------------	-----	-------

erstattungsfähig.

Zusätzlich sind Aufwendungen für Operationskosten entsprechend dem - bei muki jederzeit anforderbaren - Operationsgruppenverzeichnis erstattungsfähig. Die erstattungsfähigen Höchstbeträge für Operationsgruppen werden wie folgt festgesetzt:

Operationsgruppe I	EUR	247,81
Operationsgruppe II	EUR	381,53
Operationsgruppe III	EUR	610,45
Operationsgruppe IV	EUR	1.030,50
Operationsgruppe V	EUR	1.449,82
Operationsgruppe VI	EUR	1.983,97
Operationsgruppe VII	EUR	2.785,55
Operationsgruppe VIII	EUR	3.815,32

Die maximale Höhe der erstattungsfähigen Höchstbeträge nach der jeweiligen Operationsgruppe halbiert sich, wenn an Stelle einer Operation Röntgen-, Tiefen- oder Radiumbestrahlungen durchgeführt werden. Der Versicherungsschutz umfasst keine Besonderen Honorare im Sinne des § 46 Krankenanstaltengesetz.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich aus den vorstehenden Ausführungen ergibt, werden ersetzt.

I.3 Ersatzkrankenhaustagegeld

Die gegenständliche Krankenkostenversicherung räumt dem Versicherten für die gesamte Dauer einen Anspruch auf die Bezahlung von Krankenhaustagegeld ein, sofern eine stationäre Heilbehandlung in einer Krankenanstalt nach Maßgabe des Pkt. I erfolgt war und innerhalb eines Jahres nach dem diesem kausal zu Grunde liegenden Unfall eine Kostenerstattung nicht in Anspruch genommen wird. Das Ersatzkrankenhaustagegeld pro Aufenthaltstag beträgt der Höhe nach für Erwachsene EUR 70,00 und für Kinder bis zum vollendeten 19. Lebensjahr EUR 37,00. Findet die Verlegung einer versicherten Person während eines stationären Krankenhausaufenthaltes von einer Gebührenklasse in eine andere statt, so werden nach Maßgabe des Günstigkeitsprinzips zu Gunsten der jeweils versicherten Person entweder die angefallenen erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß I.1 und I.2 ersetzt oder das Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

I.4 Eigenbeteiligungen bei Krankenhausaufenthalt

Aufwendungen für von einem Sozialversicherungsträger erhobene Selbstbehalte bei Behandlung in der allgemeinen Gebührenklasse sind nach Maßgabe dieses Tarifes zu 100 % bis zu einer maximalen Höhe von EUR 17,00 pro Aufenthaltstag erstattungsfähig.

I.5 Krankentransporte innerhalb Österreichs

Aufwendungen für Krankentransporte (Rettungsfahrzeug oder Krankentaxi) innerhalb Österreichs, die von der zuständigen Pflichtversicherung nicht gedeckt werden, sind erstattungsfähig und werden bis zu EUR 150,00 pro Versicherungsfall bis zu einem Höchstbetrag von EUR 1.100,00 pro Familie und Kalenderjahr ersetzt.

I.6 Betreuungshilfe für zu Hause bei Erkrankung eines Elternteils

Aufwendungen für eine Familienhelferin bei akuter Krankheit bzw. einem Krankenhausaufenthalt eines Elternteils sind bis zu einem Höchstbetrag von EUR 800,00 jährlich erstattungsfähig, wenn die Mutter oder der Vater Alleinerzieher ist. Bei Ehepartnern, Lebensgefährten oder Lebenspartnern leistet der Versicherer, wenn der gesamte Pflegeurlaub und Urlaub des berufstätigen Partners aufgebraucht ist. Die Aufwendungen werden nur erstattet, wenn diese mittels einer rechtsgültigen, von einer Ausstellung einer solchen befugten Stelle ausgestellten Rechnung nachgewiesen werden. Nach einer Hausgeburt bzw. einer ambulanten Entbindung sind Aufwendungen für eine Familienhelferin bis zu einer Höchstdauer von maximal 4 Tagen zu 100% erstattungsfähig.

I.7 Kostenersatz für eine Begleitperson eines versicherten Kindes

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Mitaufnahme einer Begleitperson während eines medizinisch notwendigen stationären Aufenthaltes eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden in der Allgemeinen Gebührenklasse eines öffentlichen Krankenhauses zu 100 %, in Privatkliniken bzw. nicht-öffentlichen Krankenhäusern bis zum Höchstbetrag von EUR 75,00 pro Aufenthaltstag ersetzt.

I.8 Häusliche Krankenpflege für Kinder (bis zum vollendeten 12. Lebensjahr) durch Pflegefachkräfte

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für häusliche Behandlungspflege durch Pflegefachkräfte, die medizinische Leistungen (wie Verbandswechsel oder Injektionen) nach Anweisung des Arztes durchführen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu EUR 15,00 pro Stunde ersetzt, maximiert mit € 800,00 pro Kalenderjahr und Familie.

I.9 Betreuungshilfe für zu Hause bei Erkrankung eines Kindes

Wird ein allein erziehender Elternteil als Begleitperson mit aufgenommen bzw. sind bei Ehepaaren, Lebensgefährten oder Lebenspartnern der gesamte Pflegeurlaub und Erholungsurlaub des berufstätigen Partners aufgebraucht, sind Aufwendungen für eine Familienhelferin zur Betreuung etwaiger Geschwister während des Krankenhausaufenthaltes eines versicherten Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr erstattungsfähig. Die Aufwendungen werden nur erstattet, wenn diese mittels einer rechtsgültigen,

von einer zur Ausstellung einer solchen befugten Stelle ausgestellten Rechnung nachgewiesen werden.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine Familienhelferin nach einem Krankenhausaufenthalt oder bei Krankheit eines Kindes bis zum vollendeten 12. Lebensjahr zu Hause, wenn die Mutter oder der Vater berufstätiger Alleinerzieher ist und der Pflegeurlaub und der Erholungsurlaub aufgebraucht ist bzw. bei Ehepaaren oder Lebensgefährten beide Personen berufstätig sind und der gesamte Pflegeurlaub und Erholungsurlaub aufgebraucht ist.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu EUR 800,00 pro Kalenderjahr ersetzt.

I.10 Besuchskosten

Werden für versicherte Kinder bis zum vollendeten 19. Lebensjahr außer den Erstattungsleistungen für den Selbstbehalt keine anderen Tarifleistungen in Anspruch genommen, werden EUR 18,00 pro Aufenthaltstag, maximiert mit EUR 180,00 pro Aufenthalt vergütet, höchstens jedoch EUR 900,00 pro Kalenderjahr und Familie.

I.11 Bestattungskosten

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Bestattungskosten bei Tod eines versicherten Kindes bis zum 19. Lebensjahr.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu EUR 1.000,00 ersetzt.

I.12 Ambulante Operationen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Operationen von versicherten Kindern bis zum vollendeten 19. Lebensjahr in öffentlich anerkannten Tageskliniken oder Vertrags-Tageskliniken bis zur Operationsklasse IV, wenn dadurch eine stationäre Heilbehandlung vermieden werden kann.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu nachfolgend bezeichneten Höchstsätzen erstattet

Operationsgruppe I	EUR	210,00
Operationsgruppe II	EUR	280,00
bei endoskopischen Eingriffen	EUR	110,00
Operationsgruppe III	EUR	550,00
bei endoskopischen Eingriffen	EUR	200,00
Operationsgruppe IV	EUR	1.100,00
bei endoskopischen Eingriffen	EUR	400,00

Wird für eine ambulante Operation Kostenerstattung in Anspruch genommen, werden keine weiteren mit dieser Behandlung im Zusammenhang stehende Leistungen aus diesem Tarif erbracht. Bitte setzen Sie sich vor einer Operation immer mit dem Versicherer in Verbindung.

I.13 Hausbesuche des Arztes

Aufwendungen für Hausbesuche des Arztes nach einem Krankenhausaufenthalt bzw. auf Grund einer akuten Erkrankung außerhalb der Ordinationszeiten sind für versicherte Kinder bis zum vollendeten 19. Lebensjahr bis zu einem Höchstbetrag von EUR 60,- nach Abzug der erbrachten Leistungen des gesetzlichen Krankenversicherungsträgers erstattungsfähig.

I.14 Reiseabbruch

Nach Antritt einer Reise sind Aufwendungen wegen eines medizinisch notwendigen Reiseabbruchs bzw. eines vorzeitigen Rücktransports auf Grund von Krankheit oder Unfall bzw. Todesfall eines nahen Angehörigen erstattungsfähig. Ersetzt werden die gebuchten, nicht genutzten Kosten des Reisearrangements bis zu EUR 4.000,- pro Familie.

I.15 Reisestorno

Bis zum Zeitpunkt des Reiseantritts sind Aufwendungen erstattungsfähig, die bei der Stornierung einer gebuchten Reise aus einem der folgenden Gründe entstehen:

- Reiseunfähigkeit eines Elternteiles oder Kindes auf Grund von Unfall oder Krankheit, unabhängig davon, ob die Reise mit dem Kind angetreten worden wäre. Die Reiseunfähigkeit muss durch den behandelnden Arzt bestätigt werden.

- Tod eines nahen Angehörigen

- Bedeutender Sachschaden am Eigentum der versicherten Person am Wohnort, der ihre Anwesenheit zwingend erforderlich macht (z.B. Einbruchdiebstahl, Hochwasser)

- Unverschuldeter Verlust des Arbeitsplatzes infolge Kündigung durch den Arbeitgeber

- Einreichung der Scheidungsklage durch den Ehepartner
- Eintreffen einer unerwarteten gerichtlichen Vorladung, vorausgesetzt das Gericht akzeptiert die Reisebuchung nicht als Grund zur Verschiebung der Vorladung

Leistungsvoraussetzung ist, dass der Versicherer umgehend, d.h. noch vor Stornierung informiert wird und die Reiseunterlagen zur Verfügung gestellt werden.

Beim Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen gilt ein Selbstbehalt des Versicherungsnehmers in Höhe von 20% als vereinbart, mindestens jedoch EUR 200,00.

II Leistungen innerhalb der Europäischen Union

E.1 Stationäre Heilbehandlung wegen Unfallsfolgen

Bei Vorliegen der Leistungsvoraussetzungen im Sinne des Pkt. I.1. erbringt muki Tarifleistungen nach Maßgabe der Pkt. I.1 bis I.4

E.2 Kostenersatz Begleitperson

Nach einem Unfall werden nach Maßgabe des Pkt. I.7 die erstattungsfähigen Aufwendungen für die Begleitperson eines Kindes bis zum vollendeten 12.Lebensjahr in der Sonderklasse/Mehrbettzimmer eines öffentlichen Krankenhauses zu 100 % ersetzt, in allen anderen Fällen einer stationären Heilbehandlung ersetzt muki in öffentlichen Krankenhäusern sowie Privatkliniken bis zu EUR 150,00 pro Aufenthaltstag.

III Weltweite Leistungen

W.1 Kostenersatz Begleitperson

Nach Maßgabe des Pkt. I.7 ersetzt muki die erstattungsfähigen Aufwendungen für die Begleitperson eines Kindes bis zum vollendeten 12.Lebensjahr in der Sonderklasse/Mehrbettzimmer eines öffentlichen Krankenhauses sowie Privatkliniken bis zu EUR 150,00 pro Aufenthaltstag.

W.2 Operationen im Ausland

Erstattungsfähig sind versicherten Kindern bis zum vollendeten 19.Lebensjahr Aufwendungen für Transport- und Reisekosten für das kranke Kind und die Begleitperson auf Basis des günstigsten öffentlichen Verkehrsmittels sowie nach vorheriger Leistung des Sozialversicherungsträgers verbleibende Aufwendungen für Behandlungskosten. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 % ersetzt, bei den erstattungsfähigen Behandlungskosten höchstens jedoch EUR 4.000,00.

W.3 Kur- und Erholungsaufenthalte (für versicherte Kinder bis zum 19.Lebensjahr)

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale in Höhe von EUR 15,- pro Kalendertag in jedem 3. Kalenderjahr bezahlt, höchstens jedoch EUR 315,00 pro Familie.

Leistungsvoraussetzung ist die Vorlage der Genehmigung durch die Pflichtversicherung bzw. der fachärztlichen Bestätigung.

W.4 Externe Übernachtung (für versicherte Kinder bis zum vollendeten 19.Lebensjahr)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Übernachtungen, wenn die Mitaufnahme der Begleitperson aus Platzgründen nicht möglich ist und das Krankenhaus vom Wohnort mind. 70 km entfernt ist. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu EUR 35,00 pro Übernachtung ersetzt, zusätzlich einer täglichen Verpflegungspauschale von EUR 18,00. Diese Leistung ist mit der Dauer des Krankenhausaufenthaltes des Kindes beschränkt.

W.5 Leistungen bei urlaubsbedingten weltweiten Auslandsaufenthalten bis zu 31 Tagen

Der Auslandsversicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung eines Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch nach Ablauf des ersten Monats eines Auslandsaufenthaltes. Ist die Rückreise der versicherten Person zu diesem Zeitpunkt wegen Krankheit oder Unfallsfolgen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für den bereits eingetretenen Versicherungsfall so lange, bis sie wieder transportfähig ist.

Die Entscheidung über die Notwendigkeit des Transports, Transportart, -fähigkeit und -zeitpunkt sowie die Notwendigkeit eines Reiseabbruchs bzw. einer Reiseverlängerung treffen ausschließlich die Ärzte der TYROL AIR AMBULANCE.

W.5.1 Bergung und Primärtransport

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Bergung nach einem Unfall

(z.B. Seenot, Bergnot, Verkehrsunfall) sowie für den Primärtransport, die nicht von der zuständigen Pflichtversicherung gedeckt sind.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden pro Versicherungsfall bis zu EUR 1.450,00 ersetzt.

W.5.2 Nottransport auf dem Luftweg

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für einen Nottransport auf dem Luftweg in voller Höhe, wenn die versicherte Person primär versorgt ist, sich stationär im Krankenhaus befindet, den flugmedizinischen Richtlinien zufolge transportfähig ist und eine der folgenden Voraussetzung gegeben ist:

- eine lebensbedrohende innere Erkrankung,
- ein lebensbedrohender chirurgischer oder unfallchirurgischer Notfall,
- eine Erkrankung, die eine Spezialbehandlung erfordert,
- wenn die Gefahr einer Defektheilung nach einem schweren Unfall oder einer schweren Erkrankung nicht auszuschließen ist,
- ein stationärer Krankenhausaufenthalt von mehr als vier Wochen zu erwarten ist,
- der Transport erfolgt in die dem Wohnort der versicherten Person nächstgelegene Spezialklinik.

W.5.3 Krankenhauskosten, Arzthonorare, Medikamente

Im Falle eines urlaubsbedingten weltweiten Auslandsaufenthaltes im Sinne des Pkt. W.5 sind Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung, ärztliche Heilbehandlung sowie Medikamente nach Abzug der erbrachten Leistungen des gesetzlichen Krankenversicherungsträgers bis zu einem Höchstbetrag von EUR 4.000,00 pro Versicherungsfall erstattungsfähig.

W.5.4 Nachsendung von Medikamenten

In voller Höhe erstattungsfähig ist die auf dem schnellsten Wege mögliche Organisation eines für die versicherte Person notwendigen Medikamentes, das am Urlaubsort nicht zur Verfügung steht, durch die TYROL AIR AMBULANCE.

W.5.5 Todesfall im Ausland

Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, sind erstattungsfähig die Aufwendungen der Überführung an ihren Heimatwohnsitz bzw. bei einer Beisetzung im Ausland die Aufwendungen für die Bestattung. Ersetzt werden die Bestattungskosten in voller Höhe und die erstattungsfähigen Aufwendungen für die Überführung bis zum Höchstbetrag von EUR 8.000,00.

W.6 Reiseabbruch bzw. Reiseverlängerung

Nach Antritt einer Reise sind Aufwendungen wegen einer medizinisch notwendigen Reiseverlängerung oder eines vorzeitigen Rücktransports auf Grund von Krankheit oder Unfall bzw. Todesfall eines nahen Angehörigen erstattungsfähig. Ersetzt werden die gebuchten, nicht genutzten Kosten des Reisearrangements bis zu EUR 4.000,- pro Familie, die Kosten für die Verlängerung des Reisearrangements bis zu EUR 2.000,00 pro Familie sowie die Mehrkosten, die durch Umbuchung/Rückreise entstehen, bis zu EUR 1.100,00 pro Familie.

Für die Dauer des Versicherungsschutzes gelten die Bestimmungen des Pkt. W.5 sinngemäß.

W.7 Reisestorno

muki erbringt tarifmäßige Leistungen nach Maßgabe des Pkt. I.15 bei Vorliegen der dort bezeichneten Voraussetzungen.

Anhang

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 6 Obliegenheitsverletzung

1. Ist im Vertrag bestimmt, dass bei Verletzung einer Obliegenheit, die vor dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei sein soll, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Der Versicherer kann den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, es sei denn, dass die Verletzung als eine unverschuldete anzusehen ist. Kündigt der Versicherer innerhalb eines Monats nicht, so kann er sich auf die vereinbarte Leistungsfreiheit nicht berufen.
3. Ist die Leistungsfreiheit für den Fall vereinbart, dass eine Obliegenheit verletzt wird, die nach dem Eintritt des Versicherungsfalls dem Versicherer gegenüber zu erfüllen ist, so tritt die vereinbarte Rechtsfolge nicht ein, wenn die Verletzung weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht. Bei grobfahrlässiger Verletzung bleibt der Versicherer zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung Einfluss weder auf die Feststellung des Versicherungsfalls noch auf die Feststellung oder den Umfang der dem Versicherer obliegenden Leistung gehabt hat.

§ 11 Fälligkeit

1. Geldleistungen des Versicherers sind mit Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers nötigen Erhebungen fällig.
2. Sind diese Erhebungen bis zum Ablaufe eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls nicht beendet, so kann der Versicherungsnehmer in Anrechnung auf die Gesamtforderung Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer nach Lage der Sache mindestens zu zahlen hat.
3. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Beendigung der Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers gehindert ist.

§ 38 Verspätete Zahlung der ersten Prämie

1. Wird die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Es gilt als Rücktritt, wenn der Anspruch auf die Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstage an gerichtlich geltend gemacht wird.

§ 39 Fristbestimmung für Folgeprämie

1. Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten schriftlich eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen bestimmen; zur Unterzeichnung genügt eine Nachbildung der eigenhändigen Unterschrift. Dabei sind die Rechtsfolgen anzugeben, die nach den Absätzen 2, 3 mit dem Ablauf der Frist verbunden sind. Eine Fristbestimmung, die ohne Beachtung dieser Vorschriften erfolgt, ist unwirksam.
2. Tritt der Versicherungsfall nach dem Ablauf der Frist ein und ist der Versicherungsnehmer zurzeit des Eintritts mit der Zahlung der Prämie oder der geschuldeten Zinsen oder Kosten im Verzuge, so ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei.
3. Der Versicherer kann nach dem Ablauf der Frist, wenn der Versicherungsnehmer mit der Zahlung im Verzuge ist, das Versicherungsverhältnis ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Die Kündigung kann bereits bei der Bestimmung der Zahlungsfrist dergestalt erfolgen, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer in diesem Zeitpunkt mit der Zahlung im Verzuge ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, falls die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach dem Ablauf der Zahlungsfrist die Zahlung nachholt, sofern nicht der Versicherungsfall bereits eingetreten ist.
4. Soweit die in den Absätzen 2, 3 bezeichneten Rechtsfolgen davon abhängen, dass Zinsen oder Kosten nicht gezahlt worden sind, treten sie nur ein, wenn die Fristbestimmung die Höhe der Zinsen oder den Betrag der Kosten angibt.

§ 67 Übergang von Ersatzansprüchen

1. Steht dem Versicherungsnehmer ein Anspruch auf Ersatz des Schadens gegen einen Dritten zu, so geht der Anspruch auf den Versicherer über, soweit dieser dem Versicherungsnehmer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteile des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Gibt der Versicherungsnehmer seinen Anspruch gegen den Dritten oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht auf, so wird der Versicherer von seiner Ersatzpflicht insoweit frei, als er aus dem Anspruch oder dem Rechte hätte Ersatz erlangen können.
2. Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen einen mit ihm in häuslicher Gemeinschaft lebenden Familienangehörigen, so ist der Übergang ausgeschlossen; der Anspruch geht jedoch über, wenn der Angehörige den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

Verzeichnis der Vertragskrankenhäuser

(gilt f. Sonderklasse Zweibettzimmer nach einem Unfall; Stand Juni 2008)

Allfällige Änderungen im Krankenhausverzeichnis sind ab der diesbezüglichen schriftlichen Verständigung des Versicherungsnehmers verbindlich.

WIEN

Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien (ausgenommen das Institut für Tiefenpsychologie und Psychotherapie und Kinderklinik Abteilung O5/Heilpädagogische Abteilung, Vorgehenpflicht (*) für die Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters und für die Psychiatrische Universitätsklinik); Kaiserin Elisabeth-Spital der Stadt Wien (* II. Medizinische Abteilung für Langzeitpflege und Rehabilitation); Krankenhaus Hietzing; Unfallkrankenhaus Meidling; Donauspital der Stadt Wien im SMZ; Krankenhaus St. Elisabeth; Unfallkrankenhaus Lorenz Böhler; G.v.Preyersches Kinderspital der Stadt Wien; Krankenanstalt der Stadt Wien Rudolfstiftung; Geburtshilfe u. Gyn.Abt. - Departement Semmelweis-Frauenklinik der Stadt Wien; St. Anna-Kinderspital; Wilhelminenspital der Stadt Wien (* für 5. Medizinische Abteilung mit Langzeittherapie und Rehabilitation, Abteilung für Chronisch-Kranke und für Kinderinterne Abteilung mit Psychosomatik); Krankenhaus der Barmherzigen Brüder; Krankenhaus der Stadt Wien Floridsdorf - Sozialmed. Zentrum; St. Josef-Krankenhaus; Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern; Evangelisches Krankenhaus, Hans-Sachs-Gasse 12; Orthop. Krankenhaus der Stadt Wien-Gersthof Goldenes Kreuz Privatklinik; Krankenanstalt des Göttlichen Heilandes; Hanusch Krankenhaus; Hartmannspital; Herz-Jesu-Krankenhaus; Orthopädisches Spital Wien-Speising; Kaiser-Franz-Josef-Spital der Stadt Wien (* für psychiatrische Abteilung) - Sozialmedizinisches Zentrum Süd; Confraternität-Privatklinik Josefstadt; Privatklinik Döbling; Krankenanstalt Sanatorium Hera; Wiener Privatklinik; Rudolfinerhaus; SMZ Baumgartnerhöhe Otto Wagner Spital (* für psychiatrische Abteilungen); Nathaniel Frhr. v. Rothschild'sche Stiftung f. Nervenranke, Neurologisches Zentrum Rosenhügel (ausgenommen die Abtlg. für entwicklungsge- störte Kinder und die Station für Langzeitbehandlungen)*; Pflegezentrum Sophien-Spital der Stadt Wien

NIEDERÖSTERREICH

Landeskrankenhaus St. Pölten; A.ö. Krankenhaus Krems a.d. Donau; A.ö. Krankenhaus Wiener Neustadt; Thermenklinikum Mödling; A.ö. Krankenhaus Klosterneuburg; KLINIKUM Mostviertel - Amstetten;* Ostarrichklinikum Mauer bei Amstetten (ausgenommen geriatrische Fälle, Heilstätten-, Pflege- und Rehabilitationsfälle); Thermenklinikum Baden; Wachauklinikum Melk; Landeskrankenhaus Waldviertel Gmünd; Waldviertelklinikum Standort Horn; Landeskrankenhaus Thermenregion Hainburg a.d. Donau; HUMANIS Klinikum Niederösterreich Standort Korneuburg;* Donauklinikum - Standort Gugging, Klosterneuburg (ausgenommen geriatrische Fälle, Heilstätten-, Pflege- und Rehabilitationsfälle); A.ö. Krankenhaus Waidhofen a.d. Ybbs; Landeskrankenhaus Voralpen Lilienfeld; Landeskrankenhaus Weinviertel Hollabrunn; Landeskrankenhaus Weinviertel Mistelbach; A.ö. Krankenhaus Neunkirchen;* NÖ. Landeskrankenhaus Grimmerstein-Hohegg (ausgenommen Abteilung für multiple Sklerose-Patienten); Landeskrankenhaus Donauregion Tulln; A.ö. Krankenhaus Waldviertelklinikum Allentsteig; HUMANIS Klinikum Niederösterreich Standort Stockerau; A.ö. Krankenhaus Waldviertelklinikum Standort Eggenburg; A.ö. Krankenhaus Waidhofen a.d. Thaya; A.ö. Krankenhaus Scheibbs; A.ö. Krankenhaus Zwettl

BURGENLAND

A.ö. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Eisenstadt; Ladislaus Batthyány-Strattmann Krankenhaus Kittsee; A.ö. Landeskrankenhaus Oberwart; A.ö. Landeskrankenhaus Oberpullendorf; A.ö. Landeskrankenhaus Güssing

OBERÖSTERREICH

A.ö. Krankenhaus der Stadt Linz; Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz;* Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg, Linz; A.ö. Krankenhaus der Elisabethinen, Linz; Unfallkrankenhaus Linz; A.ö. Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Linz; A.ö. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Linz; Klinikum Kreuzschwestern Wels GmbH;* Psychiatrische Klinik Wels; A.ö. Landeskrankenhaus Steyr (inkl. Zentrum für Innere Medizin und Psychosomatik Enns); A.ö. Landeskrankenhaus Gmunden (* inkl. Zentrum für Akutgeriatrie und Innere Medizin Buchberg); Diakonissen-Krankenhaus, Linz des Evang. Diakoniewerks, Gallneukirchen;* A.ö. Landeskrankenhaus Vöcklabruck; A.ö. Krankenhaus "St. Franziskus", Grieskirchen; Ö. Sonderkrankenhaus für innere Erkrankungen der Barmherzigen Schwestern v. Hl. Kreuz, Sierning b. Steyr; A.ö. Landeskrankenhaus Kirchdorf a.d. Krems; A.ö. Landeskrankenhaus Rohrbach; A.ö. Krankenhaus "St. Josef", Braunau/ Inn; A.ö. Landeskrankenhaus Bad Ischl (ausgenommen Konsiliarstation für Multiple-Sklerose-Erkrankte); A.ö. Landeskrankenhaus Freistadt; A.ö. Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Ried i.L.; A.ö. Landeskrankenhaus Schärding am Inn

VORARLBERG

A.ö. Landeskrankenhaus Bregenz; Sanatorium Mehrerau; A.ö. Krankenhaus Dornbirn; Landeskrankenhaus Feldkirch; Landeskrankenhaus Feldkirch, Pulmologische Abteilung Gaisbühl (ausgenommen Heilstättenfälle); * Landeskrankenhaus Rankweil Abteilung für Psychiatrie und Neurologie (ausgenommen Abteilung für chronisch Kranke und Geriatrie und Nachsorgestation zur Rehabilitation); A.ö. Landeskrankenhaus Bludenz; A.ö. Landeskrankenhaus Hohenems

TIROL

A.ö. Landeskrankenhaus Universitätskliniken Innsbruck; (* Psychiatrie) Sanatorium Kettenbrücke Innsbruck; Privatklinik Hochrum; A.ö. Landeskrankenhaus Hochzirl; A.ö. Bezirkskrankenhaus Kufstein; A.ö. Krankenhaus "St. Vinzenz"; A.ö. Bezirkskrankenhaus Reutte; HELIOS Krankenhaus Kitzbühl GmbH; A.ö. Bezirkskrankenhaus Schwaz; A.ö. Bezirkskrankenhaus St. Johann in Tirol; * Psychiatrisches Krankenhaus des Landes Tirol in Hall (ausgenommen geriatrische Fälle, Heilstätten-, Pflege- und Rehabilitationsfälle); A.ö. Bezirkskrankenhaus Hall in Tirol; * A.ö. Landeskrankenhaus Natters; Kursana Gesundheitszentrum Wörgl (Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie)

KÄRNTEN UND OSTTIROL

A.ö. Landeskrankenhaus Klagenfurt; Unfallkrankenhaus Klagenfurt; Privatklinik Maria Hilf; A.ö. Krankenhaus der Elisabethinen Klagenfurt; Privatklinik Villach; A.ö. Landeskrankenhaus Villach; A.ö. Landeskrankenhaus Wolfsberg; Krankenhaus Spittal/Drau; A.ö. Bezirkskrankenhaus Lienz/Osttirol; Krankenhaus Feldkirchen im Evang. Diakoniewerk Waiern; A.ö. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder St. Veit/Glan; Privatklinik Althofen; A.ö. Krankenhaus des Deutschen Ordens Friesach;* Gailtal-Klinik Landes-Sonderkrankenanstalt Hermagor (nur Einweisung zur Operation und frisch verunfallte Personen); A.ö. Landeskrankenhaus Laas, Kötschach

STEIERMARK

Privatklinik Graz Ragnitz; A.ö. Landeskrankenhaus Graz; A.ö. Landeskrankenhaus Graz West; Unfallkrankenhaus Graz; Krankenhaus der Elisabethinen, Graz; Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Graz; Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Graz-Eggenberg; Sanatorium Hansa GesmbH, Graz; Privatklinik Kastanienhof, Graz; Privatklinik Leech; Privatklinik der Kreuzschwestern, Graz; Sanatorium St. Leonhard für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe Graz; * Landesnervenklinik Sigmund Freud (ausgenommen geriatrische Fälle, Heilstätten-, Pflege- und Rehabilitationsfälle); Marienkrankenhaus Vorau; Landeskrankenhaus Weiz; Allg. und Orthopädisches Landeskrankenhaus Stolzalpe; Unfallkrankenhaus Kalwang; A.ö. Landeskrankenhaus Bad Aussee; A.ö. Landeskrankenhaus Bad Radkersburg; A.ö. Landeskrankenhaus Bruck/Mur; A.ö. Landeskrankenhaus Deutschlandsberg; A.ö. Landeskrankenhaus Feldbach; A.ö. Landeskrankenhaus Fürstenfeld; A.ö. Landeskrankenhaus Hartberg; A.ö. Landeskrankenhaus Hörgas-Enzenbach; Spitalsverbund LKH Judenburg-Knittelfeld, Standorte Judenburg und Knittelfeld; A.ö. Landeskrankenhaus Leoben; A.ö. Landeskrankenhaus Mürzzuschlag-Mariazell, Standorte Mürzzuschlag und Mariazell; A.ö. Landeskrankenhaus Rottenmann; A.ö. Landeskrankenhaus Voitsberg; A.ö. Landeskrankenhaus Wagner; A.ö. Diakonissenkrankenhaus Schladming

SALZBURG

St. Johanns Spital/ Landeskrankenhaus Salzburg; * Christian-Doppler-Klinik Landesnervenklinik Salzburg (ausgenommen Heilstätten-, Pflege-, geriatrische u. Rehabilitationsfälle); Unfallkrankenhaus Salzburg; Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Salzburg; Diakonissenkrankenhaus Salzburg; Dr.-Pierer-Sanatorium-Salzburg; Privatklinik Wehrle; A.ö. Krankenhaus Oberndorf; EMCO Privatklinik Ges.m.b.H., Bad Dürrenberg; Privatkrankenanstalt St. Barbara zu Vigaun (ausgenommen Augenabteilung Dr. Stiegler); A.ö. Krankenhaus der Halleiner Krankenanstalten-BetriebsgesmbH.; A.ö. Krankenhaus der Marktgemeinde Mittersill; Privatklinik Ritzensee Ges.m.b.H.; A.ö. Krankenhaus Zell am See; Kardinal Schwarzenbergsches Krankenhaus, Schwarzach/Pongau; * Landeskrankenhaus St. Veit/ Pongau (ausgenommen Heilstätte u. Abtlg. f. Pflege- u. Rehabilitationsfälle); A.ö. Krankenhaus der Marktgemeinde Tamsweg

Ausschlaggebend für das Vorliegen einer Leistungsverpflichtung des Versicherers bei einem stationären Aufenthalt in einem Vertragskrankenhaus ist jedoch das Vorliegen aller Voraussetzungen der Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen.

Der Versicherungsfall der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung liegt unter anderem dann nicht vor, wenn der Aufenthalt z.B. nur einen Kuraufenthalt oder mangelnde häusliche Pflege ersetzen soll oder etwa der Physiotherapie dient.

Bei allen mit einem Kennzeichen (*) versehenen Krankenanstalten oder Abteilungen von Anstalten besteht ein Leistungsanspruch nur dann, wenn der Versicherer die Leistung vor Beginn der stationären Heilbehandlung schriftlich zugesagt hat.

Die Ausstellung einer Kostenverpflichtungserklärung ersetzt die nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen erforderliche Vorbewilligung.

Vertragstageskliniken in Österreich (Stand Juni 2008)

WIEN

Kranken- und Entbindungsanstalt Goldenes Kreuz (Operativ, Endoskopie ohne Gastroskopie)

BURGENLAND

A.ö. Landeskrankenhaus Kittsee (Operativ, Endoskopie ohne Gastroskopie, Internistisch, zytostatische Therapie); A.ö. Landeskrankenhaus Oberpullendorf (nur Augenheilkunde); A.ö. Landeskrankenhaus Güssing (Operativ, Endoskopie ohne Gastroskopie, Internistisch, zytostatische Therapie)

VORARLBERG

Chirurgie- und Sport-Sanatorium Dr. Schenk GmbH

TIROL

A.ö. Bezirkskrankenhaus Hall in Tirol (Operative, Endoskopie ohne Gastroskopie); Dr. Seitz (Operativ, Endoskopie ohne Gastroskopie); Unfallchirurgische Tagesklinik Arlberg; medalp Tagesklinik Imst - Zentrum für ambulante Chirurgie; Tagesklinik Kitzbühel (Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie); Kursana Gesundheitszentrum Wörgl (Allgemeinchirurgie, Unfallchirurgie, Orthopädie)

SALZBURG

Diakonissenkrankenhaus Salzburg (Operativ, Endoskopie ohne Gastroskopie); EMCO Privatklinik Ges.m.b.H., Bad Dürrenberg (Operativ, Endoskopie ohne Gastroskopie); Privatklinik Vigaun (Operativ, Endoskopie ohne Gastroskopie); Privatklinik Ritzensee Ges.m.b.H. (Operativ, Endoskopie ohne Gastroskopie); Dr.-Pierer-Tagesklinik-Salzburg GmbH (Operativ, Endoskopie ohne Gastroskopie); Dr. Damisch - Dr. Kaindl (Operativ, Endoskopie ohne Gastroskopie); Privatklinik Wehrle (Operativ, Endoskopie ohne Gastroskopie)

KÄRNTEN UND OSTTIROL

Privatklinik Villach (Operativ, Endoskopie ohne Gastroskopie); Krankenhaus Spittal/Drau (Operativ, Endoskopie ohne Gastroskopie); Privatklinik Althofen (Operativ, Endoskopie ohne Gastroskopie)

OBERÖSTERREICH

Diakonissen-Krankenhaus, Linz (Operativ, Endoskopie ohne Gastroskopie); Tagesklinik Linz (Operativ, Endoskopie ohne Gastroskopie); Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Linz (zytostatische Therapie)

STEIERMARK

Universitätsklinik für Augenheilkunde, Graz; Universitäts-Frauenklinik, Graz; Universitätsklinik für Chirurgie, Klinische Abteilung für Plastische Chirurgie, Graz; Schwarzl Tagesklinik; Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung, Bruck; Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung, Deutschlandsberg; Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung, Feldbach; Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung, Judenburg; Abteilung für Augenerkrankungen, Leoben; Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung, Leoben; Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung, Rottenmann; Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung, Voitsberg

Bei einer ambulanten Behandlung in einer Vertragstagesklinik müssen alle Voraussetzungen der Allgemeinen und Besonderen Versicherungsbedingungen für eine Leistungspflicht erfüllt sein.

Wir bemühen uns, die Liste permanent auf dem neuesten Stand zu halten, weisen jedoch darauf hin, dass keine Gewähr für allfällige Veränderungen im Verzeichnis aller Vertragskrankenhäuser und Vertragstageskliniken gegeben werden kann, da diese allfälligen Änderungen bestehender Verträge zwischen den einzelnen Krankenanstalten und dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (VVO) unterliegen.