

**ÖAMTC Gesundheitsschutz
Versicherungsschutz für Sozialversicherte
Sonderklasse nach Unfall**

ÖSTERREICH

mit Wertbeständigkeit

QUR 9/2019 ÖAMTC
Europagarantie

Die Versicherung erstreckt sich auf Behandlungen von Unfallfolgen im stationären und tagesklinischen Bereich und Rehabilitation.

I. Stationärer Bereich (Punkt 5.8. bis 5.15. Allgemeine Versicherungsbedingungen; Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige Krankenhausaufenthalte wegen Unfall im folgenden Umfang:

1. KOSTENDECKUNGSGARANTIE IN ÖSTERREICH

Bei Aufenthalten in der Sonderklasse Zweibettzimmer (2. Klasse) eines Vertragskrankenhauses (siehe Liste der Vertragskrankenhäuser der Tarifserie Q, Beilage KO) werden die Kosten abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung in direkter Verrechnung voll übernommen.

2. KOSTENDECKUNGSGARANTIE IN EUROPA

Bei Aufenthalten in der Sonderklasse Zweibettzimmer (2. Klasse) eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses in einem der auf der "Europaliste" angeführten Staaten werden die Kosten abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung in direkter Verrechnung voll übernommen.

3. KOSTENERSATZ IN ALLEN ANDEREN FÄLLEN

Bei Aufenthalten in der Sonderklasse Zweibettzimmer

- in österreichischen Krankenhäusern, die nicht in der Liste der Vertragskrankenhäuser enthalten sind
- in allgemeinen öffentlichen Krankenhäusern jener europäischen Staaten, die nicht in der "Europaliste" enthalten sind
- in privaten Krankenhäusern im europäischen Ausland
- in allen Krankenhäusern im außereuropäischen Ausland

sowie bei Aufenthalten in der Sonderklasse Einbettzimmer (1. Klasse) stehen folgende Leistungen zur Verfügung:

A. Tageskosten (Aufzahlungskosten, Anstaltsgebühr, Sachaufwand)

pro Tag bis EUR 253,80

B. Honorare, Behandlungskosten

Konservative Behandlung

a) Honorar für den Hauptbehandler pro Tag bis

1. bis 7. Tag	EUR	122,10
8. bis 14. Tag	EUR	61,10
ab 15. Tag	EUR	30,50

b) Nebenhonorare und besondere Behandlungskosten pro Tag bis EUR 48,80

Vergütet werden Kosten für bildgebende Untersuchungen und Laboruntersuchungen sowie besondere ärztliche Verrichtungen, Konsiliarärzte anderer Fachgebiete, physikalische Therapien und Medikamente.

Operative Behandlung

a) Operationskosten (Punkt 5.13. Allgemeine Versicherungsbedingungen) je nach Art des chirurgischen Eingriffes gemäß Operationsgruppenschema für

Operationsgruppe I bis	EUR	342,90
Operationsgruppe II bis	EUR	628,70
Operationsgruppe III bis	EUR	1.028,70
Operationsgruppe IV bis	EUR	1.657,40
Operationsgruppe V bis	EUR	2.400,30
Operationsgruppe VI bis	EUR	3.200,50
Operationsgruppe VII bis	EUR	4.114,90
Operationsgruppe VIII bis	EUR	5.715,10

Werden im Verlauf eines ununterbrochenen Krankenhausaufenthaltes wegen desselben Krankheitsgeschehens oder im Zuge einer Schmerzbetäubung mehrere operative Eingriffe durchgeführt, so steht für die gemäß Operationsgruppenschema am höchsten einzustufende Operation der volle, für jede weitere Operation der halbe Vergütungssatz zur Verfügung. Die Vergütung beträgt maximal das Doppelte des Satzes für die höchst eingestufte Operation.

b) Nebenhonorare und besondere Behandlungskosten

pro Tag bis EUR 47,20

Vergütet werden Kosten für bildgebende Untersuchungen und Laboruntersuchungen sowie besondere ärztliche Verrichtungen, Konsiliarärzte anderer Fachgebiete, physikalische Therapien und Medikamente.

C. Zusätzliche Fallkosten

Aus Punkt A und B nicht gedeckte Tageskosten, Honorare und Behandlungskosten werden pro Fall bis EUR 960,00 vergütet.

D. Organtransplantation

Die Kosten für Organtransplantationen werden anstelle der Vergütungen nach Punkt B und C pro Fall bis EUR 12.004,90 ersetzt.

4. KRANKENTRANSPORT (Punkt 5.12. Allgemeine Versicherungsbedingungen)

Kostenersatz pro Transport bis EUR 492,70

5. BEGLEITPERSON

Bei unter Versicherungsschutz stehenden Aufenthalten von Kindern bis 18 Jahre werden für eine Begleitperson

- wenn der Aufenthalt nach Punkt 1 oder 2 vergütet wird bzw. wenn der Aufenthalt in der allgemeinen Gebührenklasse (3. Klasse) erfolgt, die Kosten voll übernommen

- wenn der Aufenthalt nach Punkt 3 vergütet wird, die Kosten pro Tag bis EUR 87,70 ersetzt.

6. KRANKENHAUS-TAGEGELD

Erfolgt der Aufenthalt in der allgemeinen Gebührenklasse (3. Klasse) wird anstelle der Vergütung nach Punkt 1 bis 3 ein Krankenhaus-Tagegeld für Erwachsene von EUR 87,70 und für Kinder bis 18 Jahre von EUR 43,90 erbracht.

7. HOSPIZ, PALLIATIVSTATION

Bei stationären Aufenthalten in Hospizen oder Palliativstationen werden pro Tag bis EUR 87,70 maximal für die Dauer von 31 Tagen erbracht.

Diese Leistung steht einmal während der gesamten Versicherungsdauer zur Verfügung.

II. Tagesklinischer Bereich (in Abänderung von Punkt 5.10. Allgemeine Versicherungsbedingungen; Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen wegen Unfall, die in der Ordination eines Arztes oder in einer Tagesklinik durchgeführt werden und einen stationären Krankenhausaufenthalt nachweislich ersetzen, im folgenden Umfang:

1. KOSTENDECKUNGSGARANTIE IN ÖSTERREICH

Die Behandlungskosten werden in direkter Verrechnung abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung voll übernommen, sofern mit dem behandelnden Arzt bzw. der Tagesklinik eine vertragliche Regelung getroffen wurde (siehe Liste der Tageskliniken der Tarifserie Q, Beilage K0).

2. KOSTENERSATZ IN ALLEN ANDEREN FÄLLEN

Bei Behandlungen in der Ordination eines Arztes oder in einer Tagesklinik ohne vertragliche Regelung sowie im Ausland stehen folgende Leistungen zur Verfügung:

a) Operationskosten (Punkt 5.13. Allgemeine Versicherungsbedingungen) je nach Art des chirurgischen Eingriffes gemäß Operationsgruppenschema für

Operationsgruppe I bis	EUR	308,60
Operationsgruppe II bis	EUR	565,80
Operationsgruppe III bis	EUR	925,80
Operationsgruppe IV bis	EUR	1.491,70
Operationsgruppe V bis	EUR	2.160,30
Operationsgruppe VI bis	EUR	2.880,50
ab Operationsgruppe VII bis	EUR	3.703,40

Werden wegen desselben Krankheitsgeschehens oder im Zuge einer Schmerzbetäubung mehrere operative Eingriffe durchgeführt, so steht für die gemäß Operationsgruppenschema am

höchsten einzustufende Operation der volle, für jede weitere Operation der halbe Vergütungssatz zur Verfügung. Die Vergütung beträgt maximal das Doppelte des Satzes für die höchst eingestufte Operation.

b) Behandlungskosten für diagnostische Maßnahmen unter Anwendung der Computertomographie, der Kernspintomographie oder von Isotopen pro Fall bis EUR 925,80

3. KRANKENTRANSPORT (ergänzend zu Punkt 5.12. Allgemeine Versicherungsbedingungen)

Kostenersatz pro Transport bis EUR 492,70

4. HAUSPFLEGE-PAUSCHALE

Ist im Anschluss an eine Behandlung nach Punkt 1 oder 2 aufgrund ärztlicher Anordnung eine Hauspflege notwendig, werden nach einem chirurgischen Eingriff der

Operationsgruppe III	EUR	95,80
Operationsgruppe IV	EUR	190,40
Operationsgruppe V	EUR	382,10
Operationsgruppe VI	EUR	572,40
ab Operationsgruppe VII	EUR	954,50

erbracht.

Werden wegen desselben Krankheitsgeschehens oder im Zuge einer Schmerzbetäubung mehrere operative Eingriffe durchgeführt, so ist für die Berechnung der Hauspflege-Pauschale die gemäß Operationsgruppenschema am höchsten einzustufende Operation maßgeblich.

III. Rehabilitation (in Abänderung von 5.10. Allgemeine Versicherungsbedingungen)

Bei Aufenthalt in einem Rehabilitationszentrum im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt wegen Unfall werden pro Tag EUR 87,70 längstens für 42 Tage pro Fall erbracht.

IV. ÄRZTLICHE ZWEITMEINUNG (second opinion)

UNIQA organisiert bei empfohlenen Operationen auf Wunsch eine fachärztliche Zweitmeinung (second opinion) und übernimmt die damit im Zusammenhang stehenden ärztlichen Kosten.

A. Ergänzende Versicherungsbedingungen

1. Stationärer Bereich, tagesklinischer Bereich

Versicherungsfall ist die innerhalb von 2 Jahren ab dem Unfalltag erfolgende medizinisch notwendige Heilbehandlung des Versicherten wegen Folgen eines Unfalles, der während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes eingetreten ist.

2. Rehabilitation

Versicherungsschutz besteht für Rehabilitationsbehandlungen in geeigneten, behördlich anerkannten, stationären Einrichtungen.

Bei Inanspruchnahme einer ausländischen Rehabilitations-einrichtung werden Versicherungsleistungen nur insoweit erbracht, als der Versicherer dies vor Beginn der Rehabilitationsbehandlung schriftlich zugesagt hat.

3. Umstellung von Kinder- auf Erwachsenenprämie

Hat ein versichertes Kind das 18. Lebensjahr vollendet, so sind ab dem nächstfolgenden Monatsersten die Prämien zu bezahlen, die für erwachsene Personen zu entrichten sind.

B. Leistungs- und Prämienanpassung

1. Die UNIQA verpflichtet sich, im Falle einer Veränderung der Tageskosten, Behandlungskosten oder Honorare ihre Leistungen so anzupassen, dass in den Vertragskrankenhäusern und den Vertragseinrichtungen des tagesklinischen Bereiches die Kostendeckungsgarantie in allen Punkten, in denen sie ausdrücklich vorgesehen ist, aufrecht bleibt.

2. Die in Punkt I und II betragsmäßig festgelegten Leistungen sind entsprechend der Änderung der Kosten und Honorare der Vertragspartner sowie der Vergütung der gesetzlichen Sozialversicherung anzupassen.

Für die Punkte I 4 und II 3 sowie für den Fall, dass keine vertragliche Vereinbarung zustande kommt, hat die Anpassung aufgrund eines Vergleiches des von Statistik Austria zuletzt verlaublichten Verbraucherpreisindex mit demjenigen des Vorjahres bzw. mit demjenigen, der der letzten Anpassung zugrunde zu legen war, zu erfolgen. Die in Punkt III betragsmäßig festgelegten Leistungen sind stets nach diesem Index anzupassen.

Veränderungen des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen, die eine Änderung der Leistungen erforderlich machen, sind bei der Anpassung der Leistungen ebenfalls zu berücksichtigen.

3. Die Anpassung der Leistungen hat ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeit für Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes zu erfolgen.

4. Die Neuberechnung der Prämien hat entsprechend der Leistungsanpassung nach Punkt 1 und 2 sowie unter Berücksichtigung von Veränderungen der durchschnittlichen Lebenserwartung, der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen und deren Aufwendigkeit sowie des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen zu erfolgen. Zu berücksichtigen sind auch die Kosten der in Anspruch genommenen europäischen Krankenanstalten.

5. Die neuen Leistungen und Prämien werden zum 1. des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

6. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, innerhalb eines Monats die Leistungs- und Prämienanpassung schriftlich abzulehnen. In diesem Fall wird die Versicherung zu einem Ersatztarif mit geänderten Leistungen fortgesetzt.

C. Widerruf der Kostendeckungsgarantie

Die abgegebenen Kostendeckungsgarantien können vom Versicherer frühestens zu dem in der Liste der Vertragskrankenhäuser (Beilage KO) angeführten Termin widerrufen werden. Wirksam wird der Widerruf nach Ablauf der im Versicherungsvertragsgesetz (§ 178c) festgelegten Frist.

Ein Widerruf ist für solche Heilbehandlungen ohne Wirkung, die vor dem Wirksamwerden der entsprechenden Mitteilung begonnen haben.

D. Sonstige Hinweise

1. Kostendeckungsgarantie

Voraussetzung für die Kostendeckungsgarantie und Direktverrechnung in den (aufgelisteten) Vertragskrankenhäusern ist (weilers)

- ein gültiger Auftrag zur Direktverrechnung, welcher für den konkreten Leistungsfall erteilt wurde und
- eine gültige Einzelzustimmungserklärung für den Fall, dass zur Leistungsprüfung weitere Gesundheitsdaten erforderlich sind.

2. Wegfall der Sozialversicherung

Dieser Tarif ist auf das Bestehen einer gesetzlichen Sozialversicherung abgestimmt. Beim Wegfall der Sozialversicherung verständigen Sie bitte umgehend den Versicherer.