

Die Versicherung erstreckt sich auf Behandlungen von Unfallfolgen und nachfolgend abschließend aufgezählten schweren Erkrankungen bzw. Operationen und Untersuchungen im stationären und tagesklinischen Bereich und Rehabilitation nach Unfall.

Voraussetzung für die Übernahme der Behandlungskosten ist, dass der Versicherer diese vor Beginn schriftlich zugesagt hat (ausgenommen Unfall- und akute Behandlungen).

Folgende Erkrankungen bzw. Operationen und Untersuchungen gelten als versichert:

- Behandlungen von bösartigen Neubildungen (Krebs) ab Vorliegen eines aus medizinischer Sicht nachgewiesenen malignen Tumors. Darunter fallen auch die malignen Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämien (= Blutkrebs), Lymphomen und Morbus Hodgkin (Lymphdrüsenkrebs)
- offene bzw. laparoskopische operative Eingriffe zur Entfernung unklarer Tumore (z.B. bei Mammakarzinom, Tumore der inneren Organe)
- Behandlungen von gutartigen Gehirntumoren
- Operationen der Halsschlagader (Arteria Carotis)
- Bypass Operationen: Durchführung einer Operation zur Korrektur einer Verengung oder des Verschlusses einer oder mehrerer Koronararterien (Herzkranzgefäße) durch Bypass-Transplantate
- Herzklappenoperationen
- Herzkatheter und Stent-Implantationen in die Koronar-gefäße
- Operationen der Aorta (Hauptschlagader)
- Transplantationen von Herz, Lunge, Leber und Niere

Nicht unter Versicherungsschutz stehen:

- Maßnahmen zur Feststellung von bösartigen Neubildungen bzw. zur Operationsindikation wie zum Beispiel die konservative Abklärung, Probenbiopsien, Stanzungen, Röntgenaufnahmen, Labor und MRI, etc.
- Polypektomien
- Entfernungen von nichtinvasiven Karzinomen in situ sowie Entfernungen von Hauttumoren (ausgenommen maligne Melanome)
- sowie sämtliche Nachkontrollen.

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

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

1. KOSTENDECKUNGSGARANTIE IN ÖSTERREICH

Bei Aufhalten in der Sonderklasse Zweibettzimmer eines Vertragskrankenhauses (siehe Liste der Vertragskrankenhäuser der Tarifserie QY, Beilage K0) werden die Kosten abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen der gesetzlichen österreichischen Sozialversicherung in direkter Verrechnung voll übernommen.

2. KOSTENDECKUNGSGARANTIE IN EUROPA

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

3. WELTWEITE KOSTENDECKUNGSGARANTIE FÜR GEPLANTE STATIONÄRE BEHANDLUNGEN

Ist eine stationäre Behandlung aufgrund des üblichen medizinisch anerkannten Standards in Österreich nicht möglich, werden die Kosten einschließlich der Aufwendungen für die Hin- und Rückreise abzüglich allfälliger Leistungen der gesetzlichen österreichischen Sozialversicherung weltweit übernommen. Voraussetzung ist, dass vorher UNIQA kontaktiert wird und durch diese die Abwicklung des Versicherungsfalles erfolgt.

4. KOSTENERSATZ IN ALLEN ANDEREN FÄLLEN

Bei Aufhalten in der Sonderklasse Zweibettzimmer

- wenn keine österreichische Sozialversicherung besteht
- 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 Aufhalten in der Sonderklasse Einbettzimmer stehen folgende Leistungen zur Verfügung:

A. Tageskosten (Aufzahlungskosten, Anstaltsgebühr, Sachaufwand)

pro Tag bis EUR 244,90

B. Honorare, Behandlungskosten

Konservative Behandlung

a) Honorar für den Hauptbehandler pro Tag bis
1. bis 7. Tag EUR 116,80
8. bis 14. Tag EUR 58,40
ab 15. Tag EUR 29,20

b) Nebenhonorare und besondere Behandlungskosten
pro Tag bis EUR 46,70

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

Operative Behandlung, Strahlentherapie

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

Operationsgruppe I bis EUR 328,10
Operationsgruppe II bis EUR 601,60
Operationsgruppe III bis EUR 984,40
Operationsgruppe IV bis EUR 1.586,00
Operationsgruppe V bis EUR 2.297,00
Operationsgruppe VI bis EUR 3.062,70
Operationsgruppe VII bis EUR 3.937,80
Operationsgruppe VIII bis EUR 5.469,10

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) Strahlentherapie

Eine radikale Strahlenbehandlung von nicht operierten (nicht operablen) Tumoren wird unabhängig von der Anzahl der Teilbehandlungen wie eine Operation vergütet. Die Operationsgruppe richtet sich nach Sitz und Art des Tumors, eine Einstufung erfolgt jedoch höchstens in Operationsgruppe VII. Eine postoperative Strahlenbehandlung wird nach den Ansätzen für eine konservative Behandlung vergütet.

c) Nebenhonorare und besondere Behandlungskosten

pro Tag bis EUR 45,20

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 919,00 vergütet.

D. Organtransplantation

Die Kosten für Organtransplantationen werden anstelle der Vergütungen nach Punkt B und C pro Fall bis EUR 11.531,00 ersetzt.

5. KRANKENTRANSPORT (Punkt 5.12. Allgemeine Versicherungsbedingungen)

Kostenersatz pro Transport bis EUR 471,70

6. BEGLEITPERSON

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

- wenn der Aufenthalt nach Punkt 1 bis 3 vergütet wird bzw. wenn der Aufenthalt in der allgemeinen Gebührenklasse erfolgt, die Kosten voll übernommen

- wenn der Aufenthalt nach Punkt 4 vergütet wird, die Kosten pro Tag bis EUR 100,30 ersetzt.

7. KRANKENHAUS-TAGEGELD

Erfolgt der Aufenthalt in der allgemeinen Gebührenklasse wird anstelle der Vergütung nach Punkt 1 bis 4 ein Krankenhaus-Tagegeld für Erwachsene von EUR 100,30 und für Kinder bis 18 Jahre von EUR 50,20 erbracht.

8. HOSPIZ, PALLIATIVSTATION

Bei stationären Aufenthalten in Hospizen oder Palliativstationen werden pro Tag bis EUR 100,30 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)

Sofern die in diesem Tarif versicherten Leistungen in der Ordination eines Arztes oder in einer Tagesklinik durchgeführt werden und dadurch nachweislich ein stationärer

Krankenhausaufenthalt ersetzt wird, besteht Versicherungsschutz im folgenden Umfang:

1. KOSTENDECKUNGSGARANTIE IN ÖSTERREICH

Die Behandlungskosten werden in direkter Verrechnung abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen der gesetzlichen österreichischen Sozialversicherung voll übernommen, sofern mit dem behandelnden Arzt bzw. der Tagesklinik eine vertragliche Regelung getroffen wurde (siehe Liste der Tageskliniken der Tarifserie QY, 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 UNIQA Operationsgruppenschema für

Operationsgruppe I bis	EUR 295,30
Operationsgruppe II bis	EUR 541,40
Operationsgruppe III bis	EUR 886,00
Operationsgruppe IV bis	EUR 1.427,40
Operationsgruppe V bis	EUR 2.067,30
Operationsgruppe VI bis	EUR 2.756,40
ab Operationsgruppe VII bis	EUR 3.544,00

Werden wegen desselben Krankheitsgeschehens oder im Zuge einer Schmerzbetäubung mehrere operative Eingriffe durchgeführt, so steht für die gemäß UNIQA 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, von Isotopen oder Endoskopie pro Fall bis EUR 886,00
- interventionelle Endoskopie sowie Serienbehandlungen auf dem Gebiet der Infusions- oder Chemotherapie pro Fall bis EUR 1.427,40

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

Kostenersatz pro Transport bis EUR 471,70

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 91,70
Operationsgruppe IV	EUR 182,20
Operationsgruppe V	EUR 365,60
Operationsgruppe VI	EUR 547,80
ab Operationsgruppe VII	EUR 913,40

erbracht.

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

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

Bei Aufenthalt in einem Rehabilitationszentrum im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt wegen Unfall werden pro Tag EUR 100,30 längstens für 42 Tage pro Fall erbracht.

IV. Assistance

1. 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.

2. PSYCHOLOGISCHE BERATUNG

UNIQA organisiert für die versicherte Person auf Wunsch professionelle und unmittelbare Notfallbetreuung durch

externe, psychologische Fachleute und übernimmt die damit im Zusammenhang stehenden Kosten in folgenden Fällen:

- HIV-positiver Befund
- Krebs (einschließlich Leukämie)
- Multiple Sklerose
- plötzlicher, unerwarteter Tod engster Familienangehöriger (Ehegatte/in, Kinder, Eltern, Großeltern)

Die Versicherungsleistung ist mit 6 Einheiten pro Ereignis begrenzt.

A. Ergänzende Versicherungsbedingungen

1. Wartezeit

Die allgemeine Wartezeit entfällt.

2. Kostendeckungsgarantie

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

- 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.

3. Versicherungsschutz nach Unfall

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.

4. Rehabilitation nach Unfall

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.

5. Wegfall der Sozialversicherung

Dieser Tarif setzt das Bestehen einer gesetzlichen Sozialversicherung voraus. Damit bei einem Wegfall der Sozialversicherung weiterhin der optimale Versicherungsschutz erhalten bleibt, ist eine umgehende Verständigung des Versicherers notwendig.

Mit Wegfall der Anspruchsberechtigung gegenüber einer gesetzlichen Sozialversicherung entfällt jedenfalls die Kostendeckungszusage gemäß Pkt. I.1 bis I.3 sowie Pkt. II.1. Die Kostenvergütung erfolgt in diesen Fällen maximal bis zu den in Punkt I.4 bzw. II.2 angeführten Höchstbeträgen.

6. 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. a) UNIQA verpflichtet sich den Versicherungsschutz in seinem Wert zu erhalten sowie im Falle einer Veränderung der Preise der Gesundheitsleistungen ihre Leistungen so anzupassen, dass die Kostendeckungsgarantie in allen Punkten, in denen sie ausdrücklich vorgesehen ist, aufrecht bleibt.

b) Eine Anpassung erfolgt ebenso, wenn sich sonstige im § 178f Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz genannte Umstände bzw. Faktoren ändern.

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 5 und II 3 sowie für den Fall, dass keine vertragliche Vereinbarung zustande kommt, hat die Anpassung aufgrund eines Vergleiches des von Statistik Austria zuletzt verlaublichen Verbraucherpreisindex mit demjenigen des Vorjahres bzw. mit demjenigen, der der letzten Anpassung zugrunde zu legen war, zu erfolgen. Die übrigen 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 Leistungen in den Krankenhäusern außerhalb Österreichs.

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.