

**Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankheitskosten-Versicherung****Spitalskostentarif MU/10 – Österreich****Versicherung für Spitalskosten nach Unfall****nach Vertragskrankenhausverzeichnis - Liste 1****Wertgesicherter Tarif (mit Anpassungsklausel)****Erster Abschnitt – Tarifbestimmungen**

Für diesen Tarif gelten, falls nicht im Folgenden Abweichendes bestimmt wird, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB-1995 / in der geltenden Fassung - in weiterer Folge AVB-1995 genannt).

Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter. Die Spitalskostenversicherung nach diesem Tarif kann nur abgeschlossen werden oder bestehen, wenn für den jeweiligen Versicherten ein Leistungsanspruch bei einer österreichischen Pflichtkrankenkasse oder ein Sozialversicherungsersatztarif besteht.

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

**I. Stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern (§ 5(8)-(12) AVB-1995)****A) Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Vertragskrankenhauses nach diesem Tarif**

(1) Bei stationärer Heilbehandlung in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines österreichischen Vertragskrankenhauses innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen Leistungen (Pflegergebühren, Operationskosten, Behandlungskosten bei operativen oder nichtoperativen Fällen) die durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag festgesetzten oder vereinbarten Aufzählungskosten auf die Leistungen der österreichischen Pflichtkrankenkasse oder eines Sozialversicherungsersatztarifes (Kostendifferenz auf die Sonderklasse/ Mehrbettzimmer), und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen.

Die Kostenübernahme erfolgt durch Ausstellung einer Kostenverpflichtungserklärung und Direktverrechnung mit der Krankenhausverwaltung.

Als Vertragskrankenhäuser gelten die im Vertragskrankenhausverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Krankenhäuser. Diese gelten nur solange und im Ausmaß als Vertragskrankenhäuser, wie die Krankenhausgebühren und Arzthonorare durch Gesetz, Verordnung oder Vertrag, vor allem auch ihrer Höhe nach, geregelt sind und die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

(2) Besondere Honorare gemäß § 46 Krankenanstaltengesetz sind im Versicherungsschutz nicht enthalten.

**B) Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer in Europa**

(1) Bei stationärer Heilbehandlung innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines allgemein öffentlichen Krankenhauses im europäischen Ausland werden die Honorare und Behandlungskosten abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder eines Sozialversicherungsersatztarifes in voller Höhe vergütet.

(2) Für Tageskosten (Pflegergebühr, Sachaufwand) ist der Kostenersatz pro Tag begrenzt.

**C) Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer einer privaten Krankenanstalt im europäischen Ausland**

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung von Unfallfolgen in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer einer privaten Krankenanstalt im europäischen Ausland werden die Honorare, Behandlungskosten und Tageskosten (Pflegergebühr, Sachaufwand) abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder eines Sozialversicherungsersatztarifes in voller Höhe vergütet.

Die stationäre Heilbehandlung beschränkt sich auf anlässlich eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes von höchstens 4 Wochen im europäischen Ausland auftretende Unfallfolgen, die einen stationären Aufenthalt mit umgehender diagnostischer Abklärung und Behandlung in einer privaten Krankenanstalt im europäischen Ausland notwendig machen und innerhalb der letzten 24 Stunden aufgetreten sind.

**D) Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland sowie in nicht allgemein öffentlichen Krankenhäusern im europäischen Ausland**

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung innerhalb eines Jahres nach einem

Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland sowie in nicht allgemein öffentlichen Krankenhäusern im europäischen Ausland, die aufgrund des medizinischen Standards in Österreich nicht durchführbar ist, werden weltweit die vollen Kosten abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen des Sozialversicherungsträgers oder eines Sozialversicherungsersatztarifes einschließlich Transportkosten für die Hin- und Rückreise übernommen.

Eine Leistung für Transportkosten wird nur erbracht, wenn die Hin- und Rückreise von einem vom Versicherer beauftragten Unternehmen organisiert wird.

**E) Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland**

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung von Unfallfolgen in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland werden 100% der Kosten bis zu einem Höchstbetrag pro Kalenderjahr vergütet. Die stationäre Heilbehandlung beschränkt sich auf anlässlich eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes von höchstens 4 Wochen im außereuropäischen Ausland auftretende Unfallfolgen, die einen stationären Aufenthalt mit umgehender diagnostischer Abklärung und Behandlung in einer Krankenanstalt im außereuropäischen Ausland notwendig machen und innerhalb der letzten 24 Stunden aufgetreten sind.

**F) Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines anderen Krankenhauses**

(1) Bei stationärer Heilbehandlung innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen, die nicht unter Pkt. I.A, I.B, I.C, I.D oder I.E fällt, werden folgende Leistungen erbracht:

a) **Pflegergebühren**  
sind die Differenz der Kosten der Allgemeinen Gebührenklasse auf die Sonderklasse/ Mehrbettzimmer.

b) **Behandlungskosten bei nichtoperativen Fällen**  
sind die über die Pflegergebühren hinaus entstehenden Behandlungs- und Nebenkosten bei nichtoperativen Fällen in einem Krankenhaus für die Dauer der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung.

c) **Behandlungskosten bei operativen Fällen**  
sind die über die Pflegergebühren hinaus entstehenden Behandlungs- und Nebenkosten bei operativen Fällen in einem Krankenhaus für die Dauer der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung.  
Zusätzlich werden Operationskosten entsprechend dem Operationsgruppenverzeichnis, das zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles maßgebend ist, vergütet. Das Operationsgruppenverzeichnis wird auf Anforderung ausgefolgt.  
Werden anstelle einer Operation Röntgen-, Tiefen- oder Radiumbestrahlungen durchgeführt (§ 5(15) AVB-1995), erfolgt eine Vergütung bis zum halben Ausmaß der jeweiligen Operationsgruppe.

(2) Besondere Honorare gemäß § 46 Krankenanstaltengesetz sind im Versicherungsschutz nicht enthalten.

**G) Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson (§ 5(21) AVB-1995)**

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

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

(3) In Abänderung der Bestimmungen des § 5(21) AVB-1995 werden bei einem stationären Krankenhausaufenthalt gemäß Abs. (1) und (2) eines mitversicherten Kindes bis zum vollendeten 18. Lebensjahr die Kosten für eine Begleitperson übernommen, und zwar auch dann, wenn diese nicht versichert ist.

**H) Krankenhaus-Ersatztaggeld**

(1) Wenn für die gesamte Dauer eines stationären Krankenhausaufenthaltes zur Behandlung von Unfallfolgen innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, keinerlei Kosten zu vergüten sind, wird je Aufenthaltstag ein Krankenhaus- Ersatztaggeld ohne Kostennachweis ausbezahlt.

Auch bei Auszahlung eines Krankenhaus-Ersatztaggeldes für den Aufenthalt eines versicherten Kindes gelten die Bestimmungen dieses Tarifs zum Kostenersatz für eine Begleitperson entsprechend.

(2) Wird ein Versicherter während eines stationären Krankenhausaufenthaltes von einer Gebührenklasse in eine andere verlegt, so werden entweder die angefallenen Kosten gemäß Pkt.

I.A, I.B, I.C, I.D, I.E oder I.F vergütet oder das Krankenhaus-Ersatztaggeld geleistet, wobei die für den Versicherten günstigere Art der Abrechnung angewendet wird.

### **I) Krankenhaustransportkosten (§ 5(13) AVB-1995)**

Diese werden für den Verunfallten bis zu einem Höchstbetrag vergütet.

## **II. Operative ambulante Heilbehandlung in Tageskliniken und Arztpraxen infolge eines Unfalles**

In Abänderung der Bestimmungen des § 5(11) AVB-1995 wird Versicherungsschutz auch bei operativen Heilbehandlungen innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen in Tageskliniken und Arztpraxen gewährt.

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige operative Heilbehandlungen, die in der Ordination eines Arztes oder in einer Tagesklinik durchgeführt werden, wenn dadurch eine stationäre Heilbehandlung nachweislich vermieden wird.

### **A) Operative ambulante Heilbehandlung in einer Vertragstagesklinik oder bei einem Vertragsarzt nach diesem Tarif infolge eines Unfalles**

(1) Bei operativer ambulanter Heilbehandlung in einer Vertragstagesklinik oder bei einem Vertragsarzt innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen übernimmt der Versicherer anstelle aller anderen Leistungen die durch Vertrag mit der betreffenden Tagesklinik oder mit dem betreffenden Arzt festgesetzten oder vereinbarten Kosten, und zwar auch dann, wenn fallweise die tariflichen Leistungen zur vollen Kostendeckung nicht ausreichen. Allfällige Leistungen der österreichischen Pflichtkrankenkasse oder eines Sozialversicherungsersatztarifes werden in Abzug gebracht.

Die Kosten werden direkt mit der Vertragstagesklinik bzw. dem Vertragsarzt verrechnet. Diese Kostendeckungszusage kann seitens des Versicherers frühestens zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres widerrufen werden.

Der Widerruf der Kostendeckungszusage wird nach Ablauf der im Gesetz bestimmten Frist wirksam.

Als Vertragstageskliniken gelten die im Vertragstagesklinikverzeichnis nach diesem Tarif angeführten Tageskliniken, als Vertragsärzte die in der entsprechenden Liste angeführten Ärzte und zwar solange die Kostendeckungszusage nicht widerrufen wird.

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

### **B) Operative ambulante Heilbehandlung in anderen Tageskliniken und Arztpraxen infolge eines Unfalles**

Bei operativer ambulanter Heilbehandlung innerhalb eines Jahres nach einem Unfall, sofern sowohl der Unfall als auch der Beginn der stationären Heilbehandlung in die Laufzeit des Versicherungsvertrages fallen, zur Behandlung von Unfallfolgen, die nicht unter Pkt. II.A fällt, werden folgende Leistungen erbracht:

Operationskosten werden entsprechend dem ambulanten Operationsgruppenverzeichnis, das zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles maßgebend ist, vergütet. Werden wegen desselben Krankheitsgeschehens oder unter einer Schmerzbetäubung mehrere operative Eingriffe durchgeführt, so steht für die gemäß ambulantes Operationsgruppenverzeichnis 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. Das ambulante Operationsgruppenverzeichnis wird auf Anforderung ausgefolgt.

### **C) Krankentransportkosten**

In Abänderung der Bestimmungen des § 5(13) AVB-1995 werden für den Verunfallten Krankentransportkosten übernommen.

### **D) Hauspflegepauschale**

In Abänderung der Bestimmungen des § 1(2)d) AVB-1995 gilt die Hauspflege des Verunfallten als Versicherungsfall.

Ist im Anschluss an eine operative ambulante Heilbehandlung gemäß Pkt. II. A oder B nach ärztlicher Anordnung eine Hauspflege notwendig, wird je nach Art des chirurgischen Eingriffes ab Operationsgruppe III ein Pflegepauschale für den Verunfallten bezahlt.

## **III. Kur- bzw. Erholungskostenzuschuss (§ 5(19) AVB-1995)**

(1) Versicherte, für die die Prämie für Erwachsene bezahlt wird, erhalten für ärztlich verordnete Kur- bzw. Erholungsaufenthalte, im Ausmaß der von der Sozialversicherung genehmigten Dauer, einen Tagessatz für höchstens 28 Tage des Aufenthaltes. Kinder erhalten pro Tag 25 % des Tagessatzes.

Kur- und Erholungskostenzuschüsse werden nur dann vergütet, wenn von der Sozialversicherung die Einweisung in ein Kur- oder Erholungsheim erfolgt oder ein Zuschuss für den Aufenthalt in einem Kurort bezahlt wird. (Die Bewilligung von Kurmitteln allein genügt nicht.)

Die Dauer des Aufenthaltes ist durch eine von der Verwaltung des Kur- oder Erholungsheimes oder vom Gemeindeamt des Kur- oder Erholungsortes ausgestellte Aufenthaltsbestätigung

nachzuweisen.

(2) Erfolgt der Aufenthalt in einem inländischen Kurzentrum oder in einem inländischen Gesundheitshotel, welche unter ärztlicher Leitung stehen und in denen Therapiebehandlungen durchgeführt werden, wird dem Versicherten für ärztlich verordnete Kurmittel, gegen Vorlage einer saldierten Rechnung, pro Aufenthaltstag ein Tagessatz, höchstens für 28 Tage des Aufenthaltes pro Kalenderjahr, vergütet. Kinder erhalten pro Tag bis 25 % des Tagessatzes. Die Vergütung erfolgt jedoch nur bis zur Höhe der tatsächlich angefallenen Therapiekosten und wenn kein Anspruch gemäß Pkt. (1) besteht. (Keine Ordinations- und Aufenthaltskosten.)

Die Dauer des Aufenthaltes muss mindestens 7 Tage betragen und durch eine Aufenthaltsbestätigung von der Verwaltung des Kurzentrums bzw. des inländischen Gesundheitshotels nachgewiesen werden.

## **IV. Tagegeld in einem Rehabilitationszentrum**

Im unmittelbaren Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt nach einem Unfall oder nach Herz- und Kreislauferkrankungen erhalten Erwachsene pro Fall für längstens 90 Tage ein Tagegeld. Kinder erhalten pro Tag 25 % des vereinbarten Tagegeldes. Die Auszahlung des Tagegeldes erfolgt gegen Vorlage einer Aufenthaltsbestätigung des Rehabilitationszentrums über die Dauer des Aufenthaltes.

## **V. Bestimmungen betreffend Kostendeckungszusagen**

(1) Die Kostendeckungszusagen nach Pkt. I.A(1), I.B(1), I.C, I.D und I.G(1) und können seitens des Versicherers frühestens zum 10. Dezember eines jeden Kalenderjahres widerrufen werden, sofern in der Versicherungspolize oder in einem Nachtrag zur Polize kein anderer frühester Widerrufstermin ausdrücklich angegeben ist. Der schriftliche Widerruf der Kostendeckungszusagen wird nach Ablauf der im Gesetz bestimmten Frist wirksam.

Er ist für solche medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen ohne Wirkung, die vor dem Wirksamwerden des Widerrufs begonnen haben.

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

## **VI. Familienrabatt, Aufnahmealter, Kinderprämie**

(1) Familienmitgliedern (Ehegatten, Kinder), welche nach einem Spitalskostentarif mit letztgültiger Anpassungsstufe unter einer Versicherungspolize versichert werden, wird auf die Prämie ein Rabatt gewährt. Ist eine dieser Voraussetzungen nicht mehr gegeben, entfallen diese Rabatte ab dem nächstfolgenden Monatsersten.

(2) Das Aufnahmealter ist mit 65 Jahren begrenzt.

(3) In Abänderung der Bestimmungen des § 10(2) AVB-1995 kann für mitversicherte Kinder bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres über Antrag des Versicherungsnehmers die Kinderprämie entrichtet werden, sofern sie in Ausbildung stehen (Studium, Lehre usw.). Das Kind muss hierbei mindestens mit einem Elternteil unter einer Polizenznummer versichert sein. Die Kinderprämie wird ab dem der Antragstellung folgenden Monatsersten in Rechnung gestellt. Die Ausbildung ist bei Antragstellung nachzuweisen, die Beendigung derselben ist unverzüglich bekannt zu geben. Während der Dauer der Zahlung der Kinderprämie besteht nur Anspruch auf Leistungen in dem für Kinder vorgesehenen Ausmaß.

(4) Wird nach Vollendung des 18. Lebensjahres die Umstellung in die Kinderprämie widerrufen, kann die Kinderprämie nicht mehr neuerlich beantragt werden.

## **VII. Prämienrückerstattung**

(1) Der Versicherungsnehmer hat unter folgenden Voraussetzungen Anspruch auf einen Anteil an der Rückstellung zur Prämienrückerstattung, die der Versicherer durch Ansammlung aus den jährlichen Überschüssen der zum Prämienverband A gehörenden Krankenversicherungen zu bilden hat; die Zuführung zur Rückstellung für die Prämie erfolgt entsprechend den jeweils geltenden Bestimmungen der von der Finanzmarktaufsichtsbehörde erlassenen Gewinnbeteiligungs-Verordnung-Krankenversicherung - GBVKVU. Enthält eine Versicherungspolize auch Tarife, für die eine Prämienrückerstattung nicht vorgesehen ist, bleiben diese bei der Feststellung der Prämienrückerstattung außer Betracht. Teilnahmerechtig sind nur jene Versicherungsnehmer, für deren Versicherungspolize für das abgelaufene Kalenderjahr weder tarifliche noch übertarifliche Leistungen (gilt auch für Tarife, für die eine Prämienrückerstattung nicht vorgesehen ist) durch den Versicherer gewährt wurden.

(2) Erste Voraussetzung für die Prämienrückerstattung ist, dass die Versicherung am Ende des Kalenderjahres seit mindestens einem Jahr in Kraft ist. Versicherungsumwandlungen (Änderungen des Versicherungsschutzes) während des Kalenderjahres können einen Anspruch auf Prämienrückerstattung nicht begründen. Hat sich die Monatsprämie während des Kalenderjahres durch Tarifanpassung gemäß § 18 AVB-1995 geändert, so wird für die Bemessung der Prämienrückerstattung die am Ende des Kalenderjahres vorgeschriebene Prämie herangezogen.

(3) Voraussetzung für die Prämienrückerstattung ist weiters, dass am Ende des Kalenderjahres, für welches die Prämienrückerstattung erfolgt, kein Prämienrückstand bestanden hat und auch

während des Kalenderjahres keine Prämienrückstände gerichtlich eingefordert wurden.

(4) Der Rückerstattungsanteil beträgt für alle erstattungsberechtigten Versicherungen einheitlich mindestens ein Viertel einer Monatsprämie, höchstens sechs Monatsprämien. Solange die Rückstellung zur Prämienrückerstattung nicht zur Ausschüttung von mindestens einem Viertel einer Monatsprämie ausreicht, erfolgt keine Prämienrückerstattung.

(5) Die Bekanntmachung und Auszahlung erfolgt nach Veröffentlichung der Bilanz über das Kalenderjahr, für welches die Prämienrückerstattung erfolgt. Vorher ausgeschiedene Versicherungsnehmer haben keinen Anspruch auf die Prämienrückerstattung.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen für das abgelaufene Geschäftsjahr können nach Empfang der Prämienrückerstattung nicht mehr geltend gemacht werden. Eine zu Unrecht erhaltene Prämienrückerstattung ist zurückzuzahlen.

(7) Die Bestimmungen der Abs. (1) bis (6) über die Prämienrückerstattung finden in der Gruppenversicherung keine Anwendung. Sofern in der Gruppenversicherung eine Prämienrückerstattung vereinbart wurde, sind die Bestimmungen darüber dem Gruppenversicherungsvertrag bzw. den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhausstagegeldversicherung (AVB-1995) zu entnehmen.

#### VIII. Leistungs- und Prämienanpassung

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

#### IX. Beendigung der Versicherung

Unbeschadet der Bestimmungen der §§ 13, 14 und 15 AVB-1995 endet die Versicherung nach Vorlage der entsprechenden Nachweise auch:

(1) Für Versicherte, deren Anspruchsberechtigung bei einer österreichischen Pflichtkrankenkasse erlischt, und zwar mit dem Ende der Anspruchsberechtigung.

(2) Für Versicherte, die arbeitslos werden, durch Kündigung zu dem auf den Beginn der Arbeitslosigkeit folgenden Monatsletzten ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist.

#### Zweiter Abschnitt - Leistungen

(Kostenvergütungsbeträge enthalten die gesetzlich vorgeschriebene MWSt.)

#### Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines anderen Krankenhauses

##### Pflegegebühren

für Hauptversicherte täglich	bis EUR 105,00
für Familienversicherte täglich	bis EUR 112,00
Behandlungskosten bei nichtoperativen Fällen	
interne Behandlungspauschale	bis EUR 453,00
täglich ab dem ersten Tag	bis EUR 55,71
Behandlungskosten bei operativen Fällen	
Ersatz pro Aufenthaltstag	bis EUR 39,00

Höchstsätze für Operationskosten:

Operationsgruppe I	bis EUR 254,00
Operationsgruppe II	bis EUR 390,00
Operationsgruppe III	bis EUR 624,00
Operationsgruppe IV	bis EUR 1.053,00
Operationsgruppe V	bis EUR 1.482,00
Operationsgruppe VI	bis EUR 2.028,00
Operationsgruppe VII	bis EUR 2.847,00
Operationsgruppe VIII	bis EUR 3.900,00

#### Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer in Europa

Kostenersatz für Tageskosten:	
pro Tag	bis EUR 105,00

#### Stationäre Heilbehandlung infolge eines Unfalles in der Sonderklasse/ Mehrbettzimmer eines Krankenhauses im außereuropäischen Ausland

pro Kalenderjahr	bis EUR 150.000,00
------------------	--------------------

#### Krankenhausaufenthalt für eine Begleitperson (§ 5(21) AVB-1995)

Kostenersatz für eine Begleitperson:	
pro Tag	bis EUR 100,00

#### Krankenhaus-Ersatztagegeld

für Erwachsene	EUR 100,00
für Kinder	EUR 50,00

#### Krankenhaustransportkosten (§ 5(13) AVB-1995)

Krankenhaustransportkostenersatz	bis EUR 146,00
----------------------------------	----------------

#### Operative ambulante Heilbehandlung in anderen Tageskliniken und Arztpraxen infolge eines Unfalles

Höchstsätze für Operationskosten:	
Operationsgruppe I	bis EUR 91,00
Operationsgruppe II	bis EUR 164,00
Operationsgruppe III	bis EUR 400,00
Operationsgruppe IV	bis EUR 946,00
Operationsgruppe V	bis EUR 1.310,00
Operationsgruppe VI	bis EUR 1.529,00

#### Krankentransportkosten

Krankentransportkostenersatz	bis EUR 146,00
------------------------------	----------------

#### Hauspflegepauschale

Pflegepauschale für:	
Operationsgruppe III	EUR 110,00
Operationsgruppe IV	EUR 182,00
Operationsgruppe V	EUR 330,00
Operationsgruppe VI	EUR 440,00

#### Kur- bzw. Erholungskostenzuschuss (§ 5(19) AVB-1995)

Tagessatz für Erwachsene	EUR 20,00
für Therapiekosten pro Tag	bis EUR 40,00

#### Tagegeld in einem Rehabilitationszentrum

Rehabilitationstagegeld für Erwachsene	EUR 20,00
--	-----------