

**Versicherungsschutz für Sozialversicherte**

**NIEDERÖSTERREICH**

mit Wertbeständigkeit und  
Prämienrückerstattung

Sonderklasse  
GGG 1/2006

Die Versicherung erstreckt sich auf Behandlungen im stationären und tagesklinischen Bereich sowie auf Hausentbindungen.

1. Stationärer Bereich (Punkt 5.8. bis 5.15. Allgemeine Versicherungsbedingungen)

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige Krankenhausaufenthalte wegen Krankheit, Unfall oder Entbindung im folgenden Umfang:

1. KOSTENDECKUNGSGARANTIE IN NIEDERÖSTERREICH

Bei Aufenthalten in der Sonderklasse Mehrbettzimmer (2. Klasse) eines Vertragskrankenhauses (siehe Liste der Vertragskrankenhäuser der Tarifserie Q, Beilage K4) werden die Kosten abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung in direkter Verrechnung voll übernommen.

2. KOSTENERSATZ IN ALLEN ANDEREN FÄLLEN

Bei Aufenthalten in der Sonderklasse Mehrbettzimmer

- in Vertragskrankenhäusern in jenen Bundesländern, für die die Kostendeckungsgarantie nicht zutrifft
- in österreichischen Krankenhäusern, die nicht in der Liste der Vertragskrankenhäuser enthalten sind
- in allen Krankenhäusern im Ausland

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

A. Tageskosten (Aufzahlungskosten, Anstaltsgebühr, Sachaufwand)

pro Tag bis ..... EUR 100,00

B. Honorare, Behandlungskosten

Konservative Behandlung

- a) Honorar für den Hauptbehandler pro Tag bis
  - 1. bis 7. Tag ..... EUR 54,00
  - 8. bis 14. Tag ..... EUR 27,00
  - ab 15. Tag ..... EUR 14,00

b) Nebenhonorare und besondere Behandlungskosten pro Tag bis ..... EUR 22,00

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 Operationsgruppenschema für

Operationsgruppe I bis .....	EUR 250,00
Operationsgruppe II bis .....	EUR 458,00
Operationsgruppe III bis .....	EUR 750,00
Operationsgruppe IV bis .....	EUR 1.208,00
Operationsgruppe V bis .....	EUR 1.750,00
Operationsgruppe VI bis .....	EUR 2.333,00
Operationsgruppe VII bis .....	EUR 3.000,00
Operationsgruppe VIII bis .....	EUR 4.166,00

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 (Punkt 5.14. Allgemeine Versicherungsbedingungen)

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 24,00

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

Entbindung

Die Kosten für

- eine Entbindung bzw. Fehlgeburt einschließlich operativer Eingriffe bis Operationsgruppe III werden nach den Ansätzen für eine konservative Behandlung

- eine operative Entbindung bzw. Fehlgeburt ab Operationsgruppe IV nach den Ansätzen für eine operative Behandlung vergütet.

C. Zusätzliche Fallkosten

Aus Punkt A und B nicht gedeckte Tageskosten, Honorare und Behandlungskosten werden pro Fall bis ..... EUR 460,00 vergütet.

D. Organtransplantation, kombinierte Krebsbehandlung

Die Kosten für Organtransplantationen und kombinierte Krebsbehandlungen (Operationen ab Operationsgruppe VI in Verbindung mit Strahlenbehandlung und/oder Chemotherapie) werden anstelle der Vergütungen nach Punkt A, B und C pro Fall bis ..... EUR 6.726,00 ersetzt.

3. KRANKENTRANSPORT (Punkt 5.12. Allgemeine Versicherungsbedingungen)

Kostenersatz pro Transport bis ..... EUR 390,00

4. BEGLEITPERSON

Bei unter Versicherungsschutz stehenden Aufenthalten von Kindern bis 12 Jahre werden für eine Begleitperson

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

- wenn der Aufenthalt nach Punkt 2 vergütet wird, die Kosten pro Tag bis ..... EUR 30,00 ersetzt.

## 5. KRANKENHAUS-TAGEGELD, ENTBINDUNGSPAUSCHALE

Erfolgt der Aufenthalt in der allgemeinen Gebührenklasse (3. Klasse) wird anstelle der Vergütung nach Punkt 1 und 2 ein Krankenhaus-Tagegeld von ..... EUR 60,00 im Falle einer Entbindung eine Entbindungspauschale von ..... EUR 600,00 erbracht.

## II. Tagesklinischer Bereich (in Abänderung von Punkt 5.10. Allgemeine Versicherungsbedingungen)

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

### 1. KOSTENDECKUNGSGARANTIE IN NIEDERÖSTERREICH

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 K4).

### 2. KOSTENERSATZ IN ALLEN ANDEREN FÄLLEN

Bei Behandlungen in der Ordination eines Arztes oder in einer Tagesklinik

- ohne vertragliche Regelung
- in jenen Bundesländern, für die die Kostendeckungsgarantie nicht zutrifft
- sowie im Ausland

stehen folgende Leistungen zur Verfügung:

Konservative Behandlung, operative Behandlung

#### a) Behandlungskosten für

- diagnostische Maßnahmen unter Anwendung der Computertomographie, der Kernspintomographie, von Isotopen oder Endoskopie pro Fall bis ..... EUR 675,00
- interventionelle Endoskopie sowie Serienbehandlungen auf dem Gebiet der Infusions- oder Chemotherapie pro Fall bis ..... EUR 1.087,00

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

Operationsgruppe I bis .....	EUR	225,00
Operationsgruppe II bis .....	EUR	412,00
Operationsgruppe III bis .....	EUR	675,00
Operationsgruppe IV bis .....	EUR	1.087,00
Operationsgruppe V bis .....	EUR	1.575,00
Operationsgruppe VI bis .....	EUR	2.100,00
ab Operationsgruppe VII bis .....	EUR	2.700,00

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.

#### Entbindung

Die Kosten einschließlich Honorar für Arzt und Hebamme werden anstelle der Vergütung nach Punkt b bis ..... EUR 2.100,00 ersetzt.

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

Kostenersatz pro Transport bis .....	EUR	390,00
pro Kalenderjahr maximal .....	EUR	1.560,00

### 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	79,00
Operationsgruppe IV .....	EUR	158,00
Operationsgruppe V .....	EUR	316,00
Operationsgruppe VI .....	EUR	474,00
ab Operationsgruppe VII .....	EUR	790,00

- nach einer Entbindung ..... EUR 316,00 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. Hausentbindung

Für eine Hausentbindung werden anstelle der Vergütungen nach Punkt I und II ..... EUR 600,00 erbracht.

## A. Ergänzende Versicherungsbedingungen

Die besondere Wartezeit beträgt für Entbindungen, Fehlgeburten, Schwangerschaftsuntersuchungen und -erkrankungen und deren Folgen 9 Monate. Für Früh- oder Fehlgeburten, die bei normaler Verlauf der Schwangerschaft zu einer Entbindung nach Ablauf von 9 Monaten geführt hätten, besteht Versicherungsschutz nach Ablauf der allgemeinen Wartezeit (siehe Punkt D).

## 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. Gibt es in dem Bundesland, für welches der Tarif vorgesehen ist, Vertragskrankenhäuser oder Vertragseinrichtungen des tagesklinischen Bereiches, so sind die in Punkt I, II und III betragsmäßig festgelegten Leistungen entsprechend der Änderung der Kosten und Honorare der Vertragspartner sowie der Vergütung der gesetzlichen Sozialversicherung anzupassen.

Für die Punkte I 3 und II 3 sowie für den Fall, dass keine vertragliche Vereinbarung zustande kommt, hat die Anpassung aufgrund eines Vergleiches des vom Österreichischen Statistischen Zentralamt zuletzt verlautbarten Verbraucherpreisindex mit demjenigen des Vorjahres bzw. mit demjenigen, der der letzten Anpassung zugrunde zu legen war, zu erfolgen.

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.

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 ohne Anpassungszusage und ohne Kostendeckungsgarantien fortgesetzt.

---

#### C. Widerruf der Kostendeckungsgarantie

---

Die abgegebenen Kostendeckungsgarantien können vom Versicherer frühestens zu dem in der Liste der Vertragskrankenhäuser (Beilage K4) 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. Prämienrückerstattung (Punkt 19. Allgemeine Versicherungsbedingungen)

Sofern die Versicherung im Rahmen eines Gruppen-Krankenversicherungsvertrages erfolgt und dieser Vertrag dies vorsieht, nimmt der Tarif gemäß Punkt 19.2. Allgemeine Versicherungsbedingungen an der erfolgsabhängigen Prämienrückerstattung teil.

2. Wartezeit (Punkt 3. Allgemeine Versicherungsbedingungen)

Sofern die Versicherung im Rahmen eines Gruppen-Krankenversicherungsvertrages erfolgt, entfällt die allgemeine Wartezeit. Ansonsten beträgt sie 3 Monate.

Die allgemeine Wartezeit entfällt bei Unfällen.

3. Änderung bzw. Wegfall der Sozialversicherung

Dieser Tarif ist auf die Leistungen der im Antrag angeführten gesetzlichen Sozialversicherung abgestimmt.

Damit bei einem Wechsel bzw. Wegfall der Sozialversicherung weiterhin der optimale Versicherungsschutz erhalten bleibt, ist eine umgehende Verständigung des Versicherers notwendig.

4. Änderung des Wohnsitzes

Dieser Tarif ist auf das Kostenniveau jenes Bundeslandes, in dem der im Antrag angeführte Hauptwohnsitz liegt, abgestimmt.

Damit bei einem eventuellen Wohnsitzwechsel in ein anderes Bundesland der optimale Versicherungsschutz weiterhin erhalten bleibt, ist eine umgehende Verständigung des Versicherers notwendig.

5. UNIQA VitalClub Karte

Die Vorlage der UNIQA VitalClub Karte bei unseren Vertragspartnern gewährleistet die bargeldlose Abwicklung des Versicherungsfallles.