



**Versicherungsschutz für Sozialversicherte
Sonderklasse Select**

ÖSTERREICH

mit Wertbeständigkeit

QCI 9/2006
Europagarantie

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

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)
- Transplantation 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, Probebiopsien, Stanzungen, Röntgenaufnahmen, Labor und MRI, etc.
- Polypektomien
- die Entfernung von nichtinvasiven Karzinomen in situ sowie die Entfernung 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 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. KOSTENDECKUNGSGARANTIE IN EUROPA

Bei Aufenthalten in der Sonderklasse Mehrbettzimmer (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 Mehrbettzimmer

- 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 209,00

B. Honorare, Behandlungskosten

Konservative Behandlung

a) Honorar für den Hauptbehandler pro Tag bis

1. bis 7. Tag	EUR	99,00
8. bis 14. Tag	EUR	50,00
ab 15. Tag	EUR	25,00

b) Nebenhonorare und besondere Behandlungskosten
pro Tag bis EUR 40,00

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	279,00
Operationsgruppe II bis	EUR	511,00
Operationsgruppe III bis	EUR	836,00
Operationsgruppe IV bis	EUR	1.347,00
Operationsgruppe V bis	EUR	1.951,00
Operationsgruppe VI bis	EUR	2.602,00
Operationsgruppe VII bis	EUR	3.345,00
Operationsgruppe VIII bis	EUR	4.646,00

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) Nebenhonorare und besondere Behandlungskosten

pro Tag bis EUR 38,00

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 780,00 vergütet.

D. Organtransplantation

Die Kosten für Organtransplantationen werden anstelle der Vergütungen nach Punkt B und C pro Fall bis EUR 9.815,00 ersetzt.

4. KRANKENTRANSPORT (Punkt 5.12. Allgemeine Versicherungsbedingungen)

Kostenersatz pro Transport bis EUR 389,00

5. BEGLEITPERSON

Bei unter Versicherungsschutz stehenden Aufenthalten von Kindern bis 12 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 63,00 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 von EUR 100,00 erbracht.

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 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 sowie im Ausland stehen folgende Leistungen zur Verfügung:

A. Ergänzende Versicherungsbedingungen

1. 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.

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

Operationsgruppe I bis	EUR	251,00
Operationsgruppe II bis	EUR	460,00
Operationsgruppe III bis	EUR	752,00
Operationsgruppe IV bis	EUR	1.212,00
Operationsgruppe V bis	EUR	1.756,00
Operationsgruppe VI bis	EUR	2.342,00
ab Operationsgruppe VII bis	EUR	3.011,00

Werden wegen desselben Krankheitsgeschehens oder im Zuge einer Schmerzbetäubung mehrere operative Eingriffe durchgeführt, so steht für die gemäß Operationsgruppenschema 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 752,00

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

Kostenersatz pro Transport bis EUR 389,00
pro Kalenderjahr maximal EUR 1.556,00

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	80,00
Operationsgruppe IV	EUR	160,00
Operationsgruppe V	EUR	320,00
Operationsgruppe VI	EUR	465,00
ab Operationsgruppe VII	EUR	776,00

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. 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 41,00 längstens für 90 Tage pro Fall erbracht.

IV. Bergungskosten (Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

Bergungskosten werden pro Fall bis EUR 1.586,00 vergütet.

2. 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 Rehabilitation schriftlich zugesagt hat.

3. Bergungskosten

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach dem Versicherten und seines Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum, dem Unfallort nächstgelegenen, Krankenhaus.

Sie werden ersetzt, wenn der Versicherte einen Unfall erlitten hat oder in Berg- oder Wassernot geraten ist und verletzt oder unverletzt geborgen werden muss bzw. durch einen Unfall oder infolge Berg- oder Wassernot den Tod erleidet und seine Bergung erfolgen muss.

4. 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 und I.2 sowie Pkt. II.1. Die Kostenvergütung erfolgt in diesen Fällen maximal bis zu den in Punkt I.3 bzw. II.2 angeführten Höchstbeträgen.

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 verlautbarten Verbraucherpreisindex mit demjenigen des Vorjahres bzw. mit demjenigen, der der letzten Anpassung zugrunde zu legen war, zu erfolgen. Die in Punkt III und IV 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 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. Wartezeit (Punkt 3. Allgemeine Versicherungsbedingungen)

Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Sie entfällt bei Unfällen.

2. Umwandlungsrecht

Der Versicherte hat das Recht, diesen Tarif (Sonderklasse Select) unter besonders günstigen Bedingungen in eine für alle Krankheitsfälle geltende Sonderklasse-Versicherung umzuwandeln. Die begünstigte Umwandlung kann für jeden Versicherten zum vollendeten 35. Lebensjahr und zum vollendeten 40. Lebensjahr beantragt werden, sofern die Versicherung nach diesem Tarif (Sonderklasse Select) für diese Person mindestens 3 Jahre aufrecht bestand. Der Antrag auf Umwandlung muss mindestens 1 Monat vor Vollendung des 35. bzw. 40. Lebensjahres beim Versicherer eingelangt sein. Wirksam wird die Umwandlung zum 1. des Monats, welcher dem vollendeten 35. bzw. 40. Lebensjahr folgt.

In diesem Fall wird der erhöhte Versicherungsschutz

- unter Anrechnung der erworbenen Alterungsrückstellung
- ohne neuerliche Beurteilung des Gesundheitszustandes und
- ohne neuerliche Wartezeit wirksam.

3. UNIQA VitalClub Karte

Die UNIQA VitalClub Karte dient zur Vorlage der Polizzennummer bei unseren Vertragspartnern.

Im Ausland kontaktieren Sie bitte die auf der UNIQA VitalClub Karte angeführte Telefonnummer, um die Kosten eines Krankenhausaufenthaltes bevorschussen zu können.