

**Versicherungsschutz für Nicht-Sozialversicherte  
Allgemeine Gebührenklasse**

**ÖSTERREICH  
Privat Rundum**

mit Wertbeständigkeit und  
Prämienrückerstattung

QHDY 9/2015  
Europagarantie und Weltdeckung

**I. Stationärer Bereich**

**I.1. STATIONÄRE HEILBEHANDLUNGEN**

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

**I.1.1. Kostendeckungsgarantie in Österreich**

Bei Aufenthalten in der allgemeinen Gebührenklasse eines Krankenhauses (siehe Liste der Krankenhäuser für die allgemeine Gebührenklasse) werden die täglichen Pflegegebühren in direkter Verrechnung übernommen.

**I.1.2. Kostendeckungsgarantie in Europa**

Bei Aufenthalten in der allgemeinen Gebührenklasse eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses in einem der auf der "Europaliste" angeführten Staaten werden die täglichen Pflegegebühren in direkter Verrechnung übernommen.

**I.1.3. 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 weltweit übernommen. Voraussetzung ist, dass vorher UNIQA kontaktiert wird und durch diese die Abwicklung des Versicherungsfalles erfolgt.

**I.1.4. Kostenersatz in allen anderen Fällen**

Bei Aufenthalten in Krankenhäusern und Gebührenklassen, für die die Kostendeckungsgarantie nach Punkt I.1.1. bis I.1.3. nicht zutrifft, werden die Kosten pro Tag bis ..... EUR 748,00 vergütet.

**I.1.5. Begleitperson**

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

- wenn der Aufenthalt nach Punkt I.1.1. bis I.1.3 vergütet wird, die Kosten voll übernommen

- wenn der Aufenthalt nach Punkt I.1.4 vergütet wird, die Kosten pro Tag bis ..... EUR 72,10 ersetzt.

**I.1.6. Hospiz, Palliativstation**

Bei stationären Aufenthalten in Hospizen oder Palliativstationen werden pro Tag bis ..... EUR 89,10 maximal für die Dauer von 31 Tagen erbracht.

Diese Leistung steht einmal während der gesamten Versicherungsdauer zur Verfügung.

**I.2. AMBULANTE OPERATIVE EINGRIFFE**

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige operative Eingriffe ab Operationsgruppe III wegen Krankheit oder Unfall im folgenden Umfang:

**I.2.1. Kostendeckungsgarantie in Österreich**

Erfolgt der operative Eingriff in einem Vertragskrankenhaus oder einer sonstigen Vertragseinrichtung (siehe Liste

der Vertragskrankenhäuser für die allgemeine Gebührenklasse) werden die Kosten in direkter Verrechnung übernommen.

**I.2.2. Kostenersatz in anderen Fällen**

Erfolgt der operative Eingriff in stationären bzw. tagesklinischen Einrichtungen, die sowohl rechtlich, wirtschaftlich als auch organisatorisch an ein bettenführendes Krankenhaus angegliedert und nicht in der Liste der Vertragskrankenhäuser enthalten sind, stehen folgende Leistungen zur Verfügung:

a) Operationskosten je nach Art des chirurgischen Eingriffes gemäß UNIQA Operationsgruppenschema für

Operationsgruppe III bis .....	EUR	873,70
Operationsgruppe IV bis .....	EUR	1.407,70
Operationsgruppe V bis .....	EUR	2.038,70
Operationsgruppe VI bis .....	EUR	2.718,20
Operationsgruppe VII bis .....	EUR	3.494,90
Operationsgruppe VIII bis .....	EUR	4.854,00

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) Nebenhonorare und besondere Behandlungskosten

pro Tag bis ..... EUR 44,60

Vergütet werden Kosten für besondere ärztliche Verrichtungen, Konsiliarärzte anderer Fachgebiete, Laboruntersuchungen und Medikamente.

**II. Hausentbindung**

Für eine Hausentbindung werden anstelle der Vergütungen nach Punkt I ..... EUR 3.078,80 erbracht.

**III. Ambulanter Bereich**

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

**III.1. AMBULANTE ÄRZTLICHE BEHANDLUNG, HILFSMITTEL, HAUSKRANKENPFLEGE**

Vergütet werden 80% der Kosten für

a) ambulante ärztliche Behandlung (einschließlich Komplementärmedizin)

b) ärztlich verordnete Hilfsmittel (Heilbehelfe) ausgenommen Sehbehelfe (siehe Punkt III.5)

c) ärztlich verordnete physiotherapeutische Heilbehandlung (Heilmittel), Ergotherapie, Logopädie sowie Hauskrankenpflege durch diplomiertes Pflegepersonal

insgesamt bis ..... EUR 4.793,20 pro Kalenderjahr.

### III.2. LEISTUNGEN FÜR AMBULANTE ÄRZTLICHE BEHANDLUNG UND HAUSKRANKENPFLEGE NACH AUSSCHÖPFUNG DER JAHRESHÖCHSTSUMME

Ist der unter Punkt III.1 angeführte Jahreshöchstbetrag erschöpft, werden 80% der Kosten für

- a) ambulante ärztliche Behandlungen (Punkt III.1.a)
- pro ärztlicher Ordination bis ..... EUR 48,00
  - pro fachärztlicher Ordination bis ..... EUR 76,80
  - pro ärztlichem Hausbesuch bis ..... EUR 76,80
- b) ambulante ärztliche Sonderleistungen (z.B.: Injektion, Infusionen, EKG)
- pro ärztlicher Ordination bis ..... EUR 96,00
  - pro fachärztlicher Ordination bis ..... EUR 153,60
  - pro ärztlichem Hausbesuch bis ..... EUR 153,60
- c) Hauskrankenpflege (Punkt III.1.c) pro Tag bis ..... EUR 48,00 vergütet.

### III.3. LEISTUNGEN FÜR ÄRZTLICH VERORDNETE HILFSMITTEL UND HEILBEHANDLUNGEN NACH AUSSCHÖPFUNG DER JAHRESHÖCHSTSUMME

Ist der unter Punkt III.1. angeführte Jahreshöchstbetrag erschöpft, sind die Kosten weiterer ärztlich verordneter Hilfsmittel (Punkt III.1.b) und physiotherapeutischer Heilbehandlung, Ergotherapie, Logopädie (Punkt III.1.c) bis ..... EUR 960,00 selbst zu tragen. Darüber hinausgehende Kosten werden wiederum zu 80% vergütet.

### III.4. ARZNEIMITTEL

Vergütet werden 80% der Kosten für ärztlich verordnete Arzneimittel (einschließlich homöopathische Mittel).

Erreicht innerhalb eines Kalenderjahres die 20%ige Selbstbeteiligung den Betrag von ..... EUR 960,00 werden alle darüber hinausgehenden Kosten zu 100% vergütet.

### III.5. SEHBEHELFE UND REFRAKTIVE AUGENOPERATIONEN

Vergütet werden 80% der Kosten für

- Brillengläser bis ..... EUR 386,20
- Brillenfassung bis ..... EUR 146,40
- oder Kontaktlinsen bis ..... EUR 532,60
- oder refraktive Augenoperationen bis ..... EUR 532,60 pro zwei Kalenderjahre.

### III.6. KIEFERREGULIERUNG

Vergütet werden 80% der Kosten für ärztlich verordnete Kieferregulierungen bis ..... EUR 580,50 pro Kalenderjahr.

### III.7. IMPFUNGEN

Vergütet werden 80% der Kosten für Impfungen (Serum, Arzthonorar) gemäß Impfpfehlungen des obersten Sanitätsrates (ausgenommen Reiseimpfungen) bis ..... EUR 348,00 pro Kalenderjahr.

### III.8. ZAHNBEHANDLUNG

Vergütet werden 80% der Kosten für Zahnbehandlungen einschließlich Zahnrontgen und Zahnersatz bis ..... EUR 3.318,00 pro Kalenderjahr.

Ist dieser Jahreshöchstbetrag erschöpft, stehen für weitere zahnärztliche Ordinationen pro Kalenderquartal bis ..... EUR 232,60 zur Verfügung.

### III.9. PSYCHOTHERAPIE

Vergütet werden 80% der Kosten für Heilbehandlungen durch PsychotherapeutInnen sowie für Diagnostik und Therapie durch PsychologInnen insgesamt bis ..... EUR 29,30 pro Sitzung.

### III.10. DIALYSE

Für medizinisch notwendige Dialyse werden

- in Vertragseinrichtungen die vollen Kosten
- in allen anderen Fällen pro Behandlung bis EUR 338,20 vergütet.

### III.11. MUTTERSCHAFT, MUTTER-KIND-PASS

Vergütet werden die vollen Kosten für Behandlungen im Rahmen der Mutterschaft sowie für Leistungen des Mutter-Kind-Passes.

## IV. Rehabilitation

IV.1. Die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Rehabilitationsbehandlung, die im Zusammenhang mit einer vorangegangenen, unter Versicherungsschutz stehenden stationären Heilbehandlung steht und in einer Vertragseinrichtung erfolgt, werden in direkter Verrechnung voll übernommen.

IV.2. Erfolgt die Rehabilitationsbehandlung nicht in einer Vertragseinrichtung, werden längstens für 90 Tage pro Tag bis ..... EUR 242,40 vergütet.

## V. Kur

Für medizinisch notwendige Kuraufenthalte, die ärztlich verordnet sind und deren Kurmittel- und Aufenthaltskosten nachgewiesen werden, wird innerhalb von 2 Kalenderjahren für längstens 28 Tage ein Kurtagegeld von ..... EUR 43,90 geleistet.

## VI. Krankentransport

VI.1. Bei einem vom Versicherer organisierten medizinisch notwendigen Transport mittels Krankenwagen, Bahn oder Taxi erfolgt voller Kostenersatz, ansonsten werden pro Transport 80% bis ..... EUR 958,70 vergütet.

VI.2. Die Kosten eines medizinisch notwendigen Transportes mittels Hubschrauber werden bis ..... EUR 4.793,50 übernommen, wenn und soweit der Transport mit den unter Punkt VI.1. angeführten Mitteln aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

## VII. Ärztliche Zweitmeinung (second opinion)

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

## A. Ergänzende Versicherungsbedingungen

---

### 1. Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit entfällt.  
Die besondere Wartezeit beträgt für Entbindungen, Fehlgeburten, Schwangerschaftsuntersuchungen und -erkrankungen und deren Folgen 9 Monate. Für Früh- oder Fehlgeburten, die bei normalem Verlauf der Schwangerschaft zu einer Entbindung nach Ablauf von 9 Monaten geführt hätten, besteht Versicherungsschutz.

### 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. Ambulanter Bereich

In Erweiterung von Punkt 1.2. und 5.15. Allgemeine Versicherungsbedingungen stehen auch Heilbehandlungen, die nach komplementärmedizinischen Erkenntnissen (Heilmethoden wie z.B. Homöopathie, Akupunktur, Chiropraktik) erfolgen und von einem Arzt durchgeführt werden, einschließlich ärztlich verordneter homöopathischer Mittel, unter Versicherungsschutz.

### 4. 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.

### 5. 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 den Punkten I., II., III.10. und IV. betragsmäßig festgelegten Leistungen sind entsprechend der Änderung der Kosten und Honorare der Vertragspartner sowie der Vergütung der gesetzlichen Sozialversicherung anzupassen.

Kommt keine vertragliche Vereinbarung zustande, 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 übrigen betragsmäßig festgelegten Leistungen und allfällige Selbstbehalte 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 und 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 sowie allfällige Selbstbehalte 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 ohne Anpassungszusage, ohne Kostendeckungs-garantien und mit geänderten Leistungen fortgesetzt.

## C. Widerruf der Kostendeckungsgarantie

---

Die Kostendeckungs-garantien können vom Versicherer frühestens zu dem in der Liste der Krankenhäuser für die allgemeine Klasse 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

Der Tarif nimmt gemäß Punkt 19. Allgemeine Versicherungsbedingungen an der erfolgsabhängigen Prämienrückerstattung teil.

Im Rahmen von Gruppen-Krankenversicherungen kann die Teilnahme an der erfolgsabhängigen Prämienrückerstattung im Gruppen-Krankenversicherungsvertrag ausdrücklich ausgeschlossen sein.

### 2. Beitritt zu einer gesetzlichen Sozialversicherung

Dieser Tarif ist auf Personen ohne gesetzliche Sozialversicherung abgestimmt.

Damit bei einem Beitritt zu einer gesetzlichen Sozialversicherung weiterhin der optimale Versicherungsschutz erhalten bleibt, ist eine umgehende Verständigung des Versicherers notwendig.

### 3. UNIQA Kundenkarte

a) Die Vorlage der UNIQA Kundenkarte bei unseren Vertragspartnern in Österreich im stationären Bereich gewährleistet die bargeldlose Abwicklung des Versicherungsfalles.

Um die Kosten eines Krankenhausaufenthaltes im Ausland bevorschussen zu können sowie zur Abwicklung von geplanten Krankenhausaufenthalten im Ausland, kontaktieren Sie bitte die auf der UNIQA Kundenkarte angeführte Telefonnummer.

b) Für die Inanspruchnahme der Leistungen für Dialyse- und Rehabilitationsbehandlungen sowie für die ärztliche Zweitmeinung rufen Sie bitte ebenfalls die auf der UNIQA Kundenkarte angegebene Telefonnummer an.