

Ergänzende Versicherungsbedingungen für MedCare: Ambulante Vorsorge –Tarif 1AHC

§ 1 Sozialversicherungsschutz

- (1) Der Tarif 1AHC kann nur für Personen abgeschlossen werden, die gegenüber einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung anspruchsberechtigt sind.
- (2) Endet der Sozialversicherungsschutz, wird der Tarif ab diesem Zeitpunkt mit einem kalkulatorisch erforderlichen Selbstbehalt zur Abdeckung der durch den Entfall der Leistungen des gesetzlichen Krankenversicherers bedingten Mehrleistungen fortgesetzt. Der Versicherungsnehmer kann innerhalb eines Monats mit Wirksamkeit ab Wegfall des Sozialversicherungsschutzes
 - a) die Umstellung des Versicherungsschutzes auf einen Tarif für Nichtsozialversicherte verlangen, oder
 - b) den Vertrag hinsichtlich des Versicherten kündigen.
- (3) Beantragt der Versicherungsnehmer die Tarifumstellung gemäß Abs. 2 Pkt. a), ist der Versicherer verpflichtet, ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeiten für die Mehrleistungen und ungeachtet eines etwa verschlechterten Gesundheitszustandes einen gleichartigen Tarif für Nichtsozialversicherte anzubieten, sofern der Geschäftsplan einen solchen vorsieht. Wird die Tarifumstellung vom Versicherungsnehmer nicht innerhalb eines Monats beantragt, so ist sie nur zu dem der Mitteilung des Versicherungsnehmers folgenden Monatsersten möglich. Diese Umstellung erfolgt nicht mit den oben genannten Begünstigungen.

Kündigt der Versicherungsnehmer gemäß Abs. 2 Pkt. b) nicht innerhalb eines Monats, so ist die Vertragsbeendigung nur zu dem der Mitteilung des Versicherungsnehmers folgenden Monatsersten möglich.

§ 2 Kostenersatz

Für die Leistungen des Tarifes 1AHC gilt als maßgeblicher Zeitraum ein Kalenderjahr.

Fällt der Versicherungsbeginn für den Tarif 1AHC nicht mit dem Beginn eines Kalenderjahres zusammen, werden Leistungen für den Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn des Tarifes 1AHC und 31. Dezember des betreffenden Jahres bis zu dem diesem Zeitraum entsprechenden anteiligen Höchstbetrag erbracht (der vor Versicherungsbeginn liegende Teil eines Kalendermonats wird für die Ermittlung des anteiligen Höchstbetrags mit einbezogen). Dies gilt sinngemäß, wenn der Vertrag während des Kalenderjahres endet.

§ 3 Zahnbehandlung und zahnärztliche Leistungen

- (1) Keine Leistungen werden erbracht für:
 - a) Zahnextraktionen sowie Entfernungen von Wurzeln und vorgelagerten Zähnen, sofern nicht die Voraussetzungen gemäß Abs. 2 Pkt. a) gegeben sind;
 - b) konservierende oder prothetische Zahnbehandlungen, kieferorthopädische Behandlungen und Behandlungen von Parodontose.
- (2) Leistungen werden hingegen erbracht für:
 - a) die unter Abs. 1 Pkt. a) genannten zahnärztlichen Leistungen, sofern eine Fokalinfection als Ursache einer Erkrankung (z.B. Myokarditis, rheumatische Beschwerden) anzusehen ist;
 - b) die Behandlung von Mund- und Kieferkrankheiten, wie Stomatitis, Gingivitis, Kiefereiterungen sowie für die Exstirpation von Zysten, Wurzelspitzenresektionen und Behandlungen von Kieferbrüchen.

§ 4 Ärztliche Heilbehandlung

Die Kosten für von Ärzten durchgeführte schulmedizinische und im Tarif angeführte Heilbehandlungen der Ganzheits- und Alternativmedizin werden bis zum tariflichen Höchstbetrag erstattet.

Ebenso werden auch medizinisch empfohlene und von Ärzten durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen (auch Pränataldiagnostik) vergütet.

§ 5 Ambulante Operation

Die Kosten von ambulanten Operationen inkl. Kosten der Anästhesie werden gemäß § 5 C) Abs. 13 AVBKV 2012 / AVBKVG 2012 erstattet, wenn diese Operationen in der Ordination eines Arztes oder in der Ambulanz eines Krankenhauses vorgenommen werden.

§ 6 Vorsorgeuntersuchung

- (1) Vorsorgeuntersuchungen sind Untersuchungen (auch Röntgen- und Laboruntersuchungen):
- durch in Österreich zur selbständigen Ausübung des ärztlichen Berufes zugelassene Ärzte oder Fachärzte,
 - unter Anwendung von nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft zweckmäßigen und ausreichenden Maßnahmen,
 - zur Früherkennung und Vorsorge folgender Erkrankungen:
 - a) Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (Bluthochdruck, Herzinfarkt)
 - b) Stoffwechsel-Erkrankungen (Übergewicht, Störungen des Fettstoffwechsels, Diabetes mellitus);
 - c) Häufige Krebserkrankungen (Brust-, Gebärmutterhals-, Darm-, Haut-, Prostatakrebs);

Ebenfalls als Vorsorgeuntersuchung anzusehen ist die einmalige Feststellung der für die erste Hilfe nach akuten Erkrankungen oder Unfällen bzw. zur Schockbekämpfung wesentlichen Daten, wie Blutgruppe, Rhesusfaktor, Allergien, Medikamentenunverträglichkeit, usw.

- (2) Nicht als Vorsorgeuntersuchung gelten:
- Schwangerschaftstests,
 - Zahnärztliche Kontroll- und/oder Vorsorgeuntersuchungen,
 - Seh- und Hörtests.

§ 7 Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

- (1) In Abänderung des § 4 AVBKV 2012 / AVBKVG 2012 entfällt die allgemeine Wartezeit von drei bzw. 1 Monat(en).
- (2) Kosten werden ersetzt für
- Ernährungsberatung,
 - Raucherentwöhnung,
 - Stressmanagement (Burn out-Prophylaxe),
 - Schutz- und Reiseimpfungen,
 - sportmedizinische Tests und
 - andere gesundheitsfördernde Maßnahmen die im Rahmen der betrieblichen Organisation nachweislich durch den Arbeitgeber angeboten werden (ausgenommen Arbeitsmedizin und Veranstaltungen die der Förderung des Betriebsklimas dienen, z.B. Betriebsausflug).

Voraussetzung für den Kostenersatz ist, dass die oben genannten Maßnahmen von Ärzten, in Österreich zur Heilbehandlung am Kranken Berechtigten oder dafür qualifizierten Personen (z.B. Diätologe, Fitnesstrainer) durchgeführt werden.

- (3) Nicht bezahlt werden Nahrungsmittel (z.B. Diätahrung oder Nahrungsmittel aus biologischer Landwirtschaft) sowie Geräte zur Förderung der körperlichen Beweglichkeit und Fitness.

§ 8 Gesundheits-Assistance

- (1) **Informationen über medizinische Einrichtungen und Gesundheitsdienste,**
werden bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung zu folgenden Themen erteilt:
- Behandler in Österreich (zur selbständigen Berufsausübung zugelassene Ärzte, Zahnärzte, Ärzte für Ganzheits- und Alternativmedizin, Psychotherapeuten),
 - Medizinische Einrichtungen weltweit,
 - Ganzheits- und Alternativmedizin in Österreich,
 - Transporteinrichtungen in Österreich.

1. **Informationen zu medizinischen Einrichtungen außerhalb Österreichs**
werden erteilt, wenn für die spezielle medizinische Behandlung kein geeigneter Arzt bzw. keine geeignete medizinische Einrichtung in Österreich vorhanden ist oder ärztliche Hilfe während eines Auslandsaufenthaltes erforderlich ist.

2. **Informationen zu Transporteinrichtungen in Österreich**
werden erteilt, wenn der Versicherte aufgrund der Art der Erkrankung bzw. durch die Unfallfolgen oder wegen der ärztlich angeordneten Verhaltensmaßregeln außerstande ist, den Arzt oder die medizinische Einrichtung aus eigener Kraft aufzusuchen.

(2) Hilfe im Notfall in Österreich

Ein medizinischer Notfall liegt vor, wenn der Versicherte von einer unmittelbaren Gefahr (z.B. akute Erkrankung, Unfall, drohende Einwirkung schädigender Stoffe) für Leben, körperliche Unversehrtheit oder Gesundheit bedroht ist.

In allen medizinischen Notfällen ist der Versicherer rund um die Uhr erreichbar und unterstützt durch Herstellung der Verbindung und Organisation des Transports zu allen Notfalleinrichtungen:

- Nacht- und Wochendienstleistungen durch Ärzte für Allgemeinmedizin und Zahnärzte bzw. Apotheken, nächstgelegenes geeignetes Krankenhaus;
- sonstige Notdienste (z.B. Rotes Kreuz, Vergiftungszentrale, psychosoziale Dienste).

(3) Bester Arzt, bester Therapeut

Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung unterstützt der Versicherer den Versicherten bei der Suche nach dem hinsichtlich

- des konkreten Beschwerdebildes am besten geeigneten Arzt, bzw.
- der ärztlich empfohlenen Maßnahmen am besten geeigneten Therapeuten.

Bei einer notwendigen medizinischen Heilbehandlung nennt der Versicherer auf Wunsch des Versicherten einen Spezialisten, wenn eine Therapie bzw. ein Eingriff von einem Arzt bereits geplant ist (Ärztliche Zweitmeinung (Second Opinion)).

(4) Herstellung der Verbindung

erfolgt nur auf Wunsch des Versicherten.

Der Versicherer stellt nur den erstmaligen Kontakt her, in weiterer Folge wendet sich der Versicherte selbst an den Arzt/Therapeuten, die medizinische Einrichtung oder den Gesundheitsdienst.

(5) Haftungsausschluss

Durch die Informationsleistung bzw. Herstellung der Verbindung gewährleistet der Versicherer nicht die Verfügbarkeit der Leistungen des betreffenden Arztes/Therapeuten, Gesundheitsdienstes oder der medizinischen Einrichtung in einem bestimmten Umfang oder innerhalb eines bestimmten Zeitraumes.

(6) Leistungen des persönlichen Gesundheits-Managers

werden für einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten durch dafür qualifizierte Mitarbeiter eines Vertragspartners des Versicherers erbracht.

Dieser Zeitraum beginnt

- bei der Begleitung während der Genesung und Unterstützung bei der besseren Bewältigung der durch den Versicherungsfall bedingten Lebenssituation mit der medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung;
- bei der Erarbeitung einer Strategie zur Reduktion von Risikofaktoren und Unterstützung bei Maßnahmen zur Umstellung hin zu einem gesünderen Lebensstil mit der erstmaligen Kontaktaufnahme mit dem Gesundheits-Manager.

Der Versicherer trägt die Kosten der Begleitung und Unterstützung durch den persönlichen Gesundheits-Manager, leistet jedoch keinen Kostenersatz für von diesem erarbeitete oder vorgeschlagene Maßnahmen (z.B. Kosten gesünderer Lebensmittel oder eines Fitnesstrainings).

(7) Nachweis der Anspruchsvoraussetzungen

Außer bei „Hilfe im Notfall in Österreich“ kann der Versicherer verlangen, dass der Versicherte die Anspruchsvoraussetzungen der oben angeführten Leistungen durch entsprechende medizinische Unterlagen (ärztliche Befunde, Rezepte für Arzneien, etc.) nachweist.

§ 9 Änderung des Versicherungsschutzes und der Prämie

Der Versicherungsschutz ist gemäß § 18 AVBKV 2012 / AVBKVG 2012 wertgesichert.