

**Gruppen-Versicherungsschutz
für Nicht-Sozialversicherte**

ÖSTERREICH

mit Wertbeständigkeit

GSVG-Ersatz für Notare
SVNX / SVNY / SVNYA / SVNYB / SVNYC 9/2024
Europagarantie

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

B. Honorare, Behandlungskosten

Konservative Behandlung

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

a) Honorar für den Hauptbehandler pro Tag

1. bis 7. Tag bis	EUR	167,20
8. bis 14. Tag bis	EUR	83,50
ab dem 15. Tag bis	EUR	41,90

1. VOLLE KOSTENDECKUNGSGARANTIE IN ÖSTERREICH UND EUROPA

a) Allgemeine Gebührenklasse

b) Nebenhonorare und besondere Behandlungskosten

Bei Aufhalten in der allgemeinen Gebührenklasse (3. Klasse) eines österreichischen Krankenhauses oder eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses in einem der auf der "Europaliste" angeführten Staaten werden die vollen Kosten ohne zeitliche Begrenzung in direkter Verrechnung übernommen.

pro Tag bis EUR 67,20
(vergütet werden: Kosten für bildgebende- und Laboruntersuchungen sowie besondere ärztliche Verrichtungen, Konsiliarärzte anderer Fachgebiete, physikalische Therapie und Medikamente)

b) Sonderklasse Mehrbettzimmer

Operative Behandlung, Strahlentherapie

Bei Aufhalten in der Sonderklasse Mehrbettzimmer (2. Klasse) eines Vertragskrankenhauses oder eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses in einem der auf der "Europaliste" angeführten Staaten werden die vollen Kosten ohne zeitliche Begrenzung in direkter Verrechnung übernommen (siehe Liste der Vertragskrankenhäuser zum Gruppenversicherungsschutz für Nicht-Sozialversicherte, Beilage 02).

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

Operationsgruppe I bis	EUR	457,50
Operationsgruppe II bis	EUR	834,50
Operationsgruppe III bis	EUR	1.368,40
Operationsgruppe IV bis	EUR	2.202,60
Operationsgruppe V bis	EUR	3.192,90
Operationsgruppe VI bis	EUR	4.257,30
Operationsgruppe VII bis	EUR	5.475,70
Operationsgruppe VIII bis	EUR	7.605,20

2. KOSTENDECKUNGSGARANTIE IN BESONDEREN FÄLLEN

Ist eine stationäre Behandlung aufgrund des üblichen medizinisch anerkannten Standards in einem Krankenhaus gemäß Punkt 1 nicht möglich, werden die Kosten für den Krankenhausaufenthalt in einem allgemeinen öffentlichen Krankenhaus ohne zeitliche Begrenzung - unter Vorbehalt der Zustimmung des Versicherers - weltweit übernommen.

Werden im Verlauf eines ununterbrochenen Krankenhausaufenthaltes wegen desselben Krankheitsgeschehens oder im Zuge einer Schmerzbetäubung mehrere operative Eingriffe durchgeführt, 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.

3. KOSTENERSATZ IN ALLEN ANDEREN FÄLLEN

a) Allgemeine Gebührenklasse

b) Strahlentherapie (Punkt 5.14. Allgemeine Versicherungsbedingungen)

Bei Aufhalten in Krankenhäusern für die die volle Kostendeckungsgarantie gemäß Punkt 1a) nicht zutrifft, beträgt der Kostenersatz ohne zeitliche Begrenzung pro Tag bis EUR 884,10

Eine radikale Strahlenbehandlung von nicht operierten (nicht operablen) Tumoren wird unabhängig von der Anzahl der Teilbehandlungen wie eine Operation vergütet.

b) Sonderklasse

Bei Aufhalten in der Sonderklasse Mehrbettzimmer (2. Klasse) in Krankenhäusern, für die die volle Kostendeckungsgarantie gemäß Punkt 1b) und 2 nicht zutrifft, so wie bei Aufhalten in der Sonderklasse Einbettzimmer (1. Klasse) stehen, ebenfalls ohne zeitliche Begrenzung, folgende Leistungen zur Verfügung:

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 konservative Behandlung vergütet.

A. Tageskosten (Pflegegebühr, Anstaltsgebühr, Sachaufwand) pro Tag bis EUR 718,60

UNIQA

unter Mitversicherung von

**Allianz Elementar Versicherung AG
Generali Versicherung AG
Merkur Versicherung AG
Wiener Städtische Allgemeine Versicherung AG**

c) Nebenhonorare und besondere Behandlungskosten
 pro Tag bis EUR 62,80
 (vergütet werden: Kosten für bildgebende- und Laboruntersuchungen sowie besondere ärztliche Verrichtungen, Konsiliarärzte anderer Fachgebiete, physikalische Therapie und Medikamente)

Entbindung

Entbindung bzw. Fehlgeburt einschließlich operativer Eingriffe bis Operationsgruppe III: Vergütung wie konservative Behandlung

Operative Entbindung bzw. Fehlgeburt ab Operationsgruppe IV: Vergütung wie operative Behandlung

C. Zusätzliche Fallkosten

Für aus A und B nicht gedeckte Tageskosten, Honorare und Behandlungskosten werden pro Fall bis EUR 1.255,20 vergütet.

D. Organtransplantation, kombinierte Krebsbehandlung

Für Organtransplantationen und kombinierte Krebsbehandlungen (Operation ab Operationsgruppe VI in Verbindung mit Strahlenbehandlung und/oder Chemotherapie) stehen anstelle aller anderen Leistungen gemäß Punkt B und C pro Fall bis EUR 15.514,30 zur Verfügung.

4. BEGLEITPERSON

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

a) wenn der Aufenthalt gemäß Punkt 1 und 2 vergütet wird, die vollen Kosten übernommen

b) wenn der Aufenthalt gemäß Punkt 3 vergütet wird, pro Tag bis EUR 171,50 geleistet.

5. KRANKENHAUS-TAGEGELD

Erfolgt der Aufenthalt in der allgemeinen Gebührenklasse (3. Klasse), wird anstelle der Vergütung nach Punkt 1b) oder 3b) ein Krankenhaus-Tagegeld von EUR 106,90 erbracht.

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

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen 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. VOLLE KOSTENDECKUNGSGARANTIE

Die Behandlungskosten werden in direkter Verrechnung voll übernommen, sofern mit dem behandelnden Arzt bzw. der Tagesklinik eine vertragliche Regelung getroffen wurde (siehe Liste der Tageskliniken zum Gruppenversicherungsschutz für Nicht-Sozialversicherte, Beilage 02).

2. KOSTENERSATZ IN ALLEN ANDEREN FÄLLEN

Ist keine vertragliche Regelung getroffen, stehen für die genannten Behandlungen folgende Leistungen zur Verfügung:

a) Operationskosten (Punkt 5.13. Allgemeine Versicherungsbedingungen)

je nach Art des chirurgischen Eingriffes gemäß Operationsgruppenschema für

Operationsgruppe I bis EUR 387,10

Operationsgruppe II bis EUR 709,70
 Operationsgruppe III bis EUR 1.162,80
 Operationsgruppe IV bis EUR 1.871,50
 Operationsgruppe V bis EUR 2.711,50
 Operationsgruppe VI bis EUR 3.616,50
 ab Operationsgruppe VII bis EUR 4.647,20

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 höchstgestufte Operation.

b) Behandlungskosten für

- diagnostische Maßnahmen unter Anwendung der Computertomographie, der Kernspintomographie, von Isotopen oder Endoskopie in einem öffentl. Krankenhaus in Österreich werden voll übernommen, ansonsten pro Fall bis EUR 1.162,80

- Strahlentherapie in einem öffentlichen Krankenhaus in Österreich werden voll übernommen, ansonsten pro Fall bis EUR 1.871,50

- interventionelle Endoskopie sowie Serienbehandlungen auf dem Gebiet der Infusions- oder Chemotherapie in einem öffentlichen Krankenhaus in Österreich werden voll übernommen, ansonsten pro Fall bis EUR 1.871,50

c) Entbindungskosten einschließlich Honorar für Arzt und Hebamme anstelle aller anderen Leistungen bis EUR 3.616,50

III. Ambulanter Bereich (Punkt 5.2. bis 5.7. und 5.13. bis 5.15. Allgemeine Versicherungsbedingungen; Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

A. Vergütet werden 80% der Kosten für medizinisch notwendige

1. a) ambulante ärztliche Behandlung (einschließlich Komplementärmedizin und radiologisch erbrachte diagnostische Leistungen)

b) ärztlich verordnete Hilfsmittel (Heilbehelfe) ausgenommen Sehbehelfe

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

insgesamt pro Kalenderjahr bis EUR 6.443,80

Ist dieser Jahreshöchstbetrag erschöpft, stehen für weitere ambulante ärztliche Behandlungen (Punkt 1a) folgende Leistungsbeträge zur Verfügung (Kostenersatz zu 80%):

- pro einfacher ärztlicher Ordination bis .. EUR 63,50

- pro einfacher fachärztlicher Ordination und pro ärztlichem Hausbesuch bis EUR 101,00

Werden im Rahmen einer solchen Ordination darüber hinausgehende ambulante Sonderleistungen (z.B.: Injektion, Infusionen, EKG) erbracht, stehen anstelle der einfachen ärztlichen/fachärztlichen Ordination folgende Leistungsbeträge zur Verfügung (Kostenersatz zu 80%):

- pro ärztlicher Ordination bis EUR 127,30

- pro fachärztlicher Ordination und ärztlichem Hausbesuch bis EUR 203,70

Ist der unter Punkt 1 angeführte Jahreshöchstbetrag erschöpft, sind die Kosten weiterer ärztlich verordneter Hilfsmittel (Punkt 1b) und physiotherapeutischer Heilbehandlung, Ergotherapie, Logopädie (Punkt 1c) bis EUR 1.289,10 selbst zu tragen. Danach erfolgt die Vergütung wiederum zu 80% durch den Versicherer.

Ist der unter Punkt 1 angeführte Jahreshöchstbetrag erschöpft, steht für Hauskrankenpflege (Punkt 1c) folgender Leistungsbetrag zur Verfügung (Kostenersatz zu 80%):
pro Tag bis EUR 63,50

2. Impfungen

Für Impfungen (Serum, Arzthonorar) gemäß Impfpflicht des obersten Sanitätsrates (ausgenommen Reiseimpfungen) stehen pro Kalenderjahr bis EUR 285,80 zur Verfügung.

3. ärztlich verordnete Arzneimittel

Erreicht - innerhalb eines Kalenderjahres - die Selbstbeteiligung von 20% den Betrag von EUR 1.289,10 werden alle darüber hinausgehenden Kosten zu 100% vergütet.

4. Sehbehelfe

für Brillen (Fassung und Gläser) oder für Kontaktlinsen oder für refraktive Augenoperationen stehen bis EUR 701,30

pro zwei Kalenderjahre zur Verfügung.

5. ärztlich verordnete Kieferregulierungen pro Kalenderjahr bis EUR 763,50

6. Zahnbehandlung

- a) konservierende Zahnbehandlung
- b) Zahnrontgen
- c) Zahnextraktion
- d) prothetische Versorgung (z.B. Kronen, Brücken)
- e) kieferchirurgische Behandlung
- f) Zahnimplantologie
- g) Parodontosebehandlung

pro Kalenderjahr bis EUR 1.932,90

Ist dieser Jahreshöchstbetrag erschöpft, steht für weitere zahnärztliche Ordinationen folgender Leistungsbetrag zur Verfügung (Kostenersatz zu 80%):
pro Kalenderquartal bis EUR 254,40

Zusätzlich werden 80% der Kosten für prophylaktische Maßnahmen, die der Zahnerhaltung oder der Zahnpflege dienen, wie z.B. Mundhygiene, Zahnsteinentfernung, Fluoridierung und Fissurenversiegelung sowie Kontrolluntersuchungen insgesamt bis EUR 175,00 pro Kalenderjahr vergütet.

7. ärztlich verordnete psychotherapeutische Behandlungen unter Vorbehalt der Zustimmung des Versicherers pro Sitzung bis EUR 38,80

B. Vergütet werden die vollen Kosten für medizinisch notwendige

1. Dialyse in einem öffentlichen Krankenhaus in Österreich wird voll übernommen, ansonsten pro Fall bis EUR 712,50

2. Heimdialyse und dafür erforderliche Medizinprodukte

3. Behandlungen im Rahmen der Mutterschaft sowie Leistungen des Mutter-Kind-Passes.

C. Vorsorgeuntersuchungen

Für Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr werden 80% der Kosten einer Vorsorgeuntersuchung bis insgesamt EUR 275,00 pro Kalenderjahr vergütet.

IV. Wochengeld

Weibliche Hauptversicherte haben für die letzten acht Wochen vor der Entbindung, für den Tag der Entbindung und

für die ersten acht Wochen nach der Entbindung Anspruch auf ein Wochengeld von EUR 67,40 pro Tag.

V. Hausentbindung

Für eine Hausentbindung werden anstelle aller anderen Leistungen EUR 4.097,30 zur Verfügung gestellt.

VI. Rehabilitation (in Abänderung von Punkt 5.10. Allgemeine Versicherungsbedingungen; Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

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 - unter Vorbehalt der Zustimmung des Versicherers - in direkter Verrechnung übernommen.

Erfolgt die Rehabilitationsbehandlung nicht in einer Vertragseinrichtung, werden längstens für 90 Tage pro Tag bis EUR 305,10 vergütet.

Hinweis: für Informationen und Organisationsunterstützung rufen Sie bitte unser medizinisches CallCenter unter der Telefonnummer: (+43 1) 21 175-1585 an.

VII. Kur

Für medizinisch notwendige Kuraufenthalte, die eine durchgehende Dauer von zumindest 14 Tage aufweisen, die ärztlich verordnet sind und deren Kurmittel- und Aufenthaltskosten nachgewiesen werden, wird innerhalb von 2 Kalenderjahren für längstens 28 Tage ein Kurtagegeld von EUR 55,10 geleistet.

VIII. Fitnessbereich

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf sportwissenschaftliche Untersuchungen im Fitnessbereich und sieht eine Zusatzleistung bei Absolvierung des Fitnessprogrammes vor.

VIII.1. UNIQA FitnessProfil

Bei Inanspruchnahme einer Vertragseinrichtung von UNIQA werden die vollen Kosten des von UNIQA erstellten Fitness-Profils für folgende Komponenten in direkter Verrechnung übernommen:

- a) Ruhe-EKG und Belastungsfreigabe
- b) Sportwissenschaftliche Untersuchung (inklusive Anamnese) derzeit in den Bereichen:
 - KörperIndex Messung
 - Beweglichkeit
 - Koordination-
 - Ausdauer
 - Kraft
 - Haltung/Wirbelsäule
- c) Erstellung eines individuellen Trainingsprogrammes

VIII.2. FitnessBonus

Bei Absolvierung des UNIQA FitnessProfils wird dem Prämienkonto pro erreichtem Punkt ein Betrag von EUR 0,32 gutgeschrieben und mit den laufenden Prämien verrechnet.

Die Leistungen gemäß Punkt VIII. stehen ab dem 19. Lebensjahr einmal pro Kalenderjahr zur Verfügung, ein Ansparen der Leistungen ist nicht möglich.

IX. Krankentransport (ergänzend zu Punkt 5.12. Allgemeine Versicherungsbedingungen)

1. Bei einem akuten Rettungseinsatz oder bei einem vom Versicherer organisierten medizinisch notwendigen Transport mittels Krankenwagen, Bahn oder Taxi erfolgt voller Kostenersatz, ansonsten werden pro Transport 80% bis EUR 1.201,00 vergütet.
2. Die Kosten eines medizinisch notwendigen Transportes mittels Hubschrauber werden bis EUR 6.005,40 übernommen, wenn und soweit der Transport mit den unter Punkt 1 angeführten Mitteln aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

X. Bergungskosten (Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

Bergungskosten werden pro Fall bis EUR 1.201,00 bei Einsatz eines Hubschraubers pro Fall bis EUR 2.403,70 vergütet.

XI. Nottransport in die Heimat und Überführung eines Verstorbenen (ergänzend zu Punkt 5.12. Allgemeine Versicherungsbedingungen; Punkt A. Ergänzende Versicherungsbedingungen)

1. NOTTRANSPORT IN DIE HEIMAT

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für Krankentrücktransporte wegen Krankheit oder Unfall in folgendem Umfang:

Vergütet werden die vollen Kosten

- a) eines medizinisch begründeten Krankentransportes aus dem Ausland (Rückholung) in eine österreichische Krankenanstalt oder an den ständigen österreichischen Wohnsitz
- b) der Mitbeförderung einer dem Transportierten nahestehenden Person.

Die Rückholung muss vom SOSservice der UNIQA organisiert werden, ansonsten werden maximal EUR 3.005,10 vergütet.

2. ÜBERFÜHRUNG EINES VERSTORBENEN

Vergütet werden die vollen Kosten der standardmäßigen Überführung eines Verstorbenen in den österreichischen Heimatort.

Die Überführung muss vom SOSservice der UNIQA organisiert werden, ansonsten werden maximal EUR 1.201,00 vergütet.

Die Leistungen aus Punkt 1 und 2 werden nicht erbracht, wenn die Rückholung oder Überführung im Zusammenhang mit einer Heilbehandlung steht, die Zweck des Auslandsaufenthaltes war.

A. Ergänzende Versicherungsbedingungen

1. Wartezeit (Punkt 3. Allgemeine Versicherungsbedingungen)

Die allgemeine Wartezeit entfällt.

2. Kostendeckungsgarantie

Voraussetzung für die Kostendeckungsgarantie und Direktverrechnung in den (aufgelisteten) Vertragskrankenanstalten ist (weilers)

- 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 (Punkt III)

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. Wochengeld (Punkt IV)

Bei einer Verkürzung der Achtwochenfrist vor der Entbindung verlängert sich die Frist nach der Entbindung im Ausmaß der Verkürzung, jedoch bis maximal 16 Wochen. Nach Früh-, oder Mehrlingsgeburten sowie Kaiserschnittentbindungen verlängert sich der Zeitraum nach der Entbindung, für den das Wochengeld beansprucht werden kann, auf zwölf Wochen. Über die Frist von acht Wochen vor der Entbindung hinaus wird das Wochengeld zur Auszahlung gebracht, wenn bei Fortführung der Tätigkeit Leben oder Gesundheit von Mutter und Kind gefährdet wäre. Der Anspruch beginnt in diesem Fall mit dem Ausstellungsdatum des amtsärztlichen Zeugnisses.

Das Wochengeld wird im Nachhinein ausgezahlt. Für die Auszahlung des Wochengeldes ist es erforderlich, die stamamtliche Geburtsbescheinigung sowie ein ärztliches Zeugnis aus dem hervorgeht, ob es sich um eine Normalgeburt, Mehrlingsgeburt, Frühgeburt bzw. um eine Kaiserschnittentbindung gehandelt hat, vorzulegen.

5. Rehabilitation (Punkt VI)

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.

6. UNIQA FitnessProfil (Punkt VIII.1.)

a) Da dem UNIQA FitnessProfil die derzeit allgemein anerkannten Erkenntnisse der Sportwissenschaft zugrunde liegen, kann dieses bei Vorliegen neuer Erkenntnisse geändert werden.

b) Nach Absolvierung des UNIQA FitnessProfils ist eine neuerliche Durchführung frühestens nach 6 Monaten möglich.

7. UNIQA FitnessBonus (Punkt VIII.2.)

Anspruch auf den UNIQA FitnessBonus besteht einmal pro Kalenderjahr. UNIQA schreibt den UNIQA FitnessBonus nach Kenntniserlangung der erreichten Punktezahle dem Prämienkonto gut und verrechnet ihn grundsätzlich mit den laufenden Prämien. Eine Barauszahlung findet nicht statt.

8. Bergungskosten (Punkt X)

Bergungskosten sind die nachgewiesenen Kosten des Suchens nach der versicherten Person und ihres Transportes bis zur nächsten befahrbaren Straße oder bis zum, dem Unfallort nächstgelegenen, Krankenhaus.

Sie werden ersetzt, wenn die versicherte Person 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.

Die Leistung für eine Bergung unter Einsatz eines Hubschraubers wird erbracht, wenn die Bergung nicht auf anderem Wege durchgeführt werden konnte.

9. Nottransport in die Heimat (Punkt XI)

a) Voraussetzung für eine Rückholung ist neben der Transportfähigkeit der versicherten Person, dass

- eine lebensbedrohende Störung des Gesundheitszustandes besteht oder
- aufgrund der vor Ort gegebenen medizinischen Versorgung eine dem österreichischen Standard entsprechende Behandlung nicht sichergestellt ist oder
- ein stationärer Krankenhausaufenthalt von mehr als 5 Tagen zu erwarten ist.

b) Im Falle einer Rückholung ist das SOSservice der UNIQA zu verständigen. Um die erforderlichen Maßnahmen treffen zu können, benötigt das SOSservice die auf der SOS-Karte geforderten Angaben. Aufgrund der mitgeteilten Angaben nimmt das SOSservice Verbindung mit dem behandelnden Arzt auf und entscheidet anhand der im Punkt a) festgelegten Kriterien über die Durchführung und die Art des Transportes (je nach Lage des Falles mittels Krankenwagen, Bahn, Passagierflugzeug oder Ambulanzjet). Die Entscheidung erfolgt in Abstimmung mit den vor Ort behandelnden Ärzten, die endgültige Entscheidung liegt jedoch beim Arzt des SOSservice.

Allfällig bestehende Pflicht- oder Privatversicherungen sind vorrangig in Anspruch zu nehmen. Hat die UNIQA Leistungen erbracht, so gehen gleichartige Ansprüche des Versicherten gegen Dritte auf sie über.

B. Leistungs- und Prämienanpassung

1. Die UNIQA verpflichtet sich, im Falle einer Änderung der Preise der Gesundheitsleistungen ihre Leistungen so anzupassen, dass die volle Kostendeckungsgarantie in allen Punkten, in denen sie ausdrücklich vorgesehen ist, aufrecht bleibt.

2. Die in den Punkten I, II und V betragsmäßig festgelegten Leistungen sowie ein allfälliger Selbstbehalt gemäß Punkt I. sind entsprechend der Änderung der Kosten und Honorare der Vertragspartner anzupassen.

Kommt keine vertragliche Vereinbarung zustande, so 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.

Die Anpassung erfolgt zum 1. Jänner bzw. sobald die geänderten Kosten und Honorare der Vertragskrankenhäuser und Vertragseinrichtungen feststehen.

3. Die Anpassung der Leistungen hat ohne Altersbegrenzung, ohne Wartezeit für die 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 europäischen Krankenanstalten.

5. Die neuen Leistungen und Prämien sowie allfällige Selbstbehalte werden zum 1. des Monats wirksam, der der schriftlichen Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

C. Sonstige Hinweise

1. UNIQA Kundenkarte

a) Die Vorlage der UNIQA Kundenkarte bei unseren Vertragspartnern gewährleistet die bargeldlose Abwicklung des Versicherungsfalles.

b) Für die Inanspruchnahme des UNIQA FitnessProfils rufen Sie bitte die auf der UNIQA Kundenkarte angegebene Telefonnummer an.

2. SOS-Karte

Das SOSservice der UNIQA bevorschusst die Kosten eines Krankenhausaufenthaltes im Ausland. Sie erreichen das SOSservice unter der auf der SOS-Karte angeführten Telefonnummer.