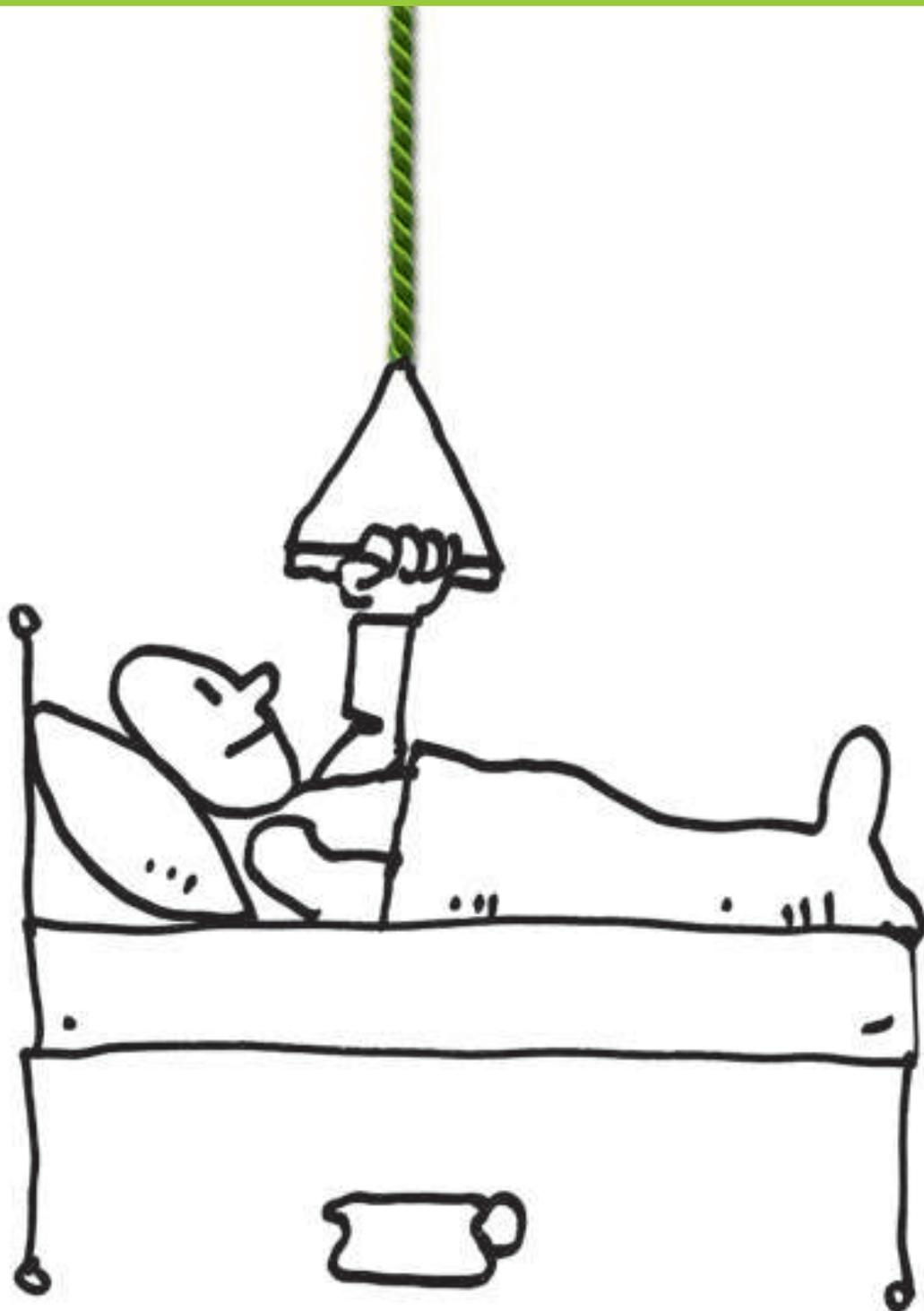


KRANKENVERSICHERUNG



KRANKENVERSICHERUNG – WAS IST DAS?

Das österreichische Gesundheitssystem ist eines der besten der Welt. Als Teil dieses Systems ist die private Krankenversicherung ein ergänzender Partner der gesetzlichen Krankenversicherung, da es auch im Gesundheitssystem Bereiche gibt, die private Anbieter besser als der Staat abdecken können. Die private Krankenversicherung gilt grundsätzlich in Österreich. Vertraglich vereinbarte Leistungen werden aber auch für Krankheitsbehandlungen im Ausland erbracht.

Die jeweiligen Höchstsummen der Leistungen und den eventuellen Selbstbehalt (also die vereinbarte Beteiligung an den entstehenden Kosten von Ihrer Seite) finden Sie in Ihrem Tarifblatt in der Leistungsübersicht Ihres Krankenversicherers. Allgemein gilt: je höher der Selbstbehalt, desto niedriger die Prämie.

Für eine genaue Information und um die für Sie beste maßgeschneiderte Variante auszuwählen, sollten Sie mit Ihrem Versicherungsberater Kontakt aufnehmen.

WER IST VERSICHERT?

Versichert ist die im Versicherungsvertrag genannte Person. Die private Krankenversicherung soll ganz auf die persönlichen Bedürfnisse des Versicherten zugeschnitten sein, daher ist sie auch keine „Bündelversicherung“ mit Mitversicherungsmöglichkeit mehrerer Personen wie z. B. die Haushaltsversicherung.

Es gibt aber die Möglichkeit für werdende Mütter, für die Zeit der Schwangerschaft und einen abgegrenzten Zeitraum danach, sich selbst und das Baby gleich mit zu versichern.

WAS IST VERSICHERT?

Abhängig vom jeweilig vereinbarten und von Ihnen gewählten Tarif – Art und Umfang der Leistungen, die man von der Versicherung erwarten kann – er-

bringt die Versicherung für Sie Leistungen, z. B.

- für die Kosten einer ärztlichen Behandlung außerhalb eines Spitalaufenthaltes, wie zum Beispiel für Privatarzt oder Wahlarzt, Medikamente, Heilbehelfe
- für Kosten eines Spitalaufenthaltes
- für Kuren, Rehabilitation oder Vorsorgeuntersuchungen
- für konservierende Zahnbehandlung und Zahnersatz
- Spital-Taggeld

Die gängigsten Vertragsmöglichkeiten in der Krankenversicherung sind:

Krankengeldversicherung

Die Krankengeldversicherung hilft bei Arbeitsunfähigkeit. Sie erhalten für jeden Tag der völligen Arbeitsunfähigkeit einen vorab vereinbarten Betrag bis zu einer Maximaldauer von 365 Tagen innerhalb von drei Versicherungsjahren.

Krankenhaus-Taggeldversicherung

Bei Abschluss einer Krankenhaus-Taggeldversicherung bekommen Sie für jeden Tag Krankenhausaufenthalt einen vorher vereinbarten Betrag. Die tatsächlich entstandenen Kosten sind für die Abrechnung nicht relevant.

Pflegegeldversicherung

Für anfallende Pflegekosten kann man privat Vorsorge treffen. Als „Pflegeversicherung“, „Pflegevorsorge“ oder „Pflegerentenversicherung“ bieten Versicherungsunternehmen passende Produkte dafür an. Es werden unterschiedliche Leistungen bei verschiedenen Pflegestufen angeboten, individuelle Beratung ist zu empfehlen.

Reisekrankenversicherung

Die Reisekrankenversicherung schützt Sie vor den finanziellen Folgen einer akuten Erkrankung oder eines Unfalls. Vor allem bei Auslandsreisen ist ein Abschluss dringend zu empfehlen. Denn zum Teil übernimmt die gesetzliche Sozialversicherung die Kosten nur in Ländern innerhalb der EU.

In den übrigen Ländern müssen die Kosten vom Patienten selbst getragen werden. Der jeweilige Betrag kann zwar in Österreich von der Krankenkasse eingefordert werden. Allerdings wird nach österreichischen Richtsätzen abgerechnet, sodass es zu erheblichen Differenzen kommen kann. Mit einer Reisekrankenversicherung sind diese Differenzen aber gedeckt.

Krankenhauskostenversicherung

Im Rahmen der Krankenhauskostenversicherung sind Sie gegen sämtliche Aufwendungen, die mit einem Krankenhausaufenthalt zusammenhängen, gesichert: Die zusätzlichen Aufenthalts- und Behandlungskosten auf Grund der persönlichen Behandlung und Betreuung im Krankenhaus, sämtliche Nebenkosten, die Transportkosten zum und vom Krankenhaus und auch die Kosten für eine Unterbringung in einem Sonderklassezimmer werden von der Versicherung übernommen. Einzelne Versicherer inkludieren auch Pauschalvergütungen für Hausentbindungen.

Versicherung der Kosten ambulanter ärztlicher Betreuung

Diese Versicherung begleicht je nach vereinbartem Tarif sämtliche Kosten für die ambulante ärztliche Behandlung. Darunter fallen auch Honorare für Ärzte, Medikamente und Heilbehelfe (z. B. Sonderleistungen wie Röntgen, Heilbehelfe wie orthopädische Schuheinlagen oder Brillen).

Versicherung der Kosten von konservierender Zahnbehandlung und Zahnersatz

Diese Versicherung kommt für die Kosten einer Zahnbehandlung und eines Zahnersatzes auf, wobei meist ein Selbstbehalt vorgesehen ist.

REGELUNGEN FÜR DEN VERSICHERUNGSSCHUTZ

Der Versicherungsfall ist dann eingetreten, wenn sich der Versicherte einer ärztlichen Behandlung unterziehen muss.

In der Spital-Taggeldversicherung braucht man eine Aufenthaltsbestätigung des Spitals. In der Krankenhauskostenversicherung stellt die Versicherung

für Spitalsaufenthalte eine Kostenübernahmeerklärung aus und rechnet dann direkt mit dem Spital ab. In den anderen Fällen muss der Versicherungsnehmer die angefallenen Behandlungskosten bezahlen und kann anschließend die Rechnungen bei der Versicherung einreichen.

Wichtige Daten auf den Rechnungen/Aufenthaltsbestätigung:

- Vor- und Zuname, Geburtsdatum und Adresse der behandelten Person
- genaue Bezeichnung der Krankheit
- Angaben über Leistungen des Arztes und des Spitals im Detail
- Honorare und Kosten für diese Leistungen
- Beginn und Ende der Behandlung
- Polizzennummer

Nicht versichert

- Behandlungen während der Wartezeit
- wenn bei der Antragstellung die Fragen nach früheren Krankheiten unvollständig oder unrichtig beantwortet wurden
- wenn trotz Mahnung keine Prämien einbezahlt werden
- vorbeugende Maßnahmen, wie z. B. die Zeckenschutzimpfung
- kosmetische Behandlungen
- Entwöhnungskuren
- Pflegefälle
- vorsätzlich herbeigeführte Krankheitsfälle oder Unfälle (auch Behandlungen wegen Alkoholmissbrauch etc.)

Prämienhöhe; Prämienrückvergütung;

automatische Prämienanpassung

Die Bemessung der Prämie hängt von verschiedenen Kriterien ab, zum Beispiel vom Alter oder dem Gesundheitszustand zu Beginn (bzw. Änderung) des Vertrages, vom Geschlecht des Versicherten, vom Tarif.

Die Versicherungen haben sich bei den meisten Verträgen verpflichtet, die Leistungen – damit verbunden auch die Prämien – jeweils den steigenden Spitalskosten und Arzthonoraren anzupassen. So bleibt der Wert der Krankenversicherung immer erhalten. Eine automatische Anpassung

erfolgt ohne neuerliche Wartezeiten für Mehrleistungen, ohne Altersbegrenzung und ungeachtet eines seit Abschluss verschlechterten Gesundheitszustandes.

Abgelehnt kann eine Leistungs- bzw. Prämienanpassung zwar (innerhalb von vier Wochen und schriftlich eingeschrieben) werden, dann müssten aber allfällige Differenzbeträge selbst bezahlt werden. Überschüsse, die sich aus der Jahresabrechnung ergeben, werden von der Versicherung in einem Fonds zur Prämienrückvergütung gesammelt und an die Versicherten ausgezahlt oder dem Prämienkonto gutgeschrieben – auch hier kommt es auf den jeweiligen Tarif an.

Wichtig ist, dass Krankenversicherungsprämien als Sonderausgaben entsprechend den Regelungen des Einkommenssteuergesetzes geltend gemacht werden können. Die notwendige Prämienbestätigung erhalten Sie von Ihrer Versicherung.

Ende des Versicherungsvertrages

Enden kann der Vertrag bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland oder bei dauerndem Auslandsaufenthalt, bei Tod des Versicherten oder durch Kündigung.

Eine Kündigung ist unter verschiedenen Voraussetzungen möglich:

Durch Sie als Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart wurde:

- zum Ende einer jeden Versicherungsperiode unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem bis zu drei Monaten (je nach Versicherungsbedingung)
- bei Leistungsminderung
- bei Prämienhöhung ohne gleichzeitiger Leistungserhöhung

Die Versicherung kann nur in Sonderfällen (Ausnahme: Gruppenversicherung, Pflegegeldversicherung, kurzfristige Krankenversicherung) kündigen, zum Beispiel wenn der Versicherungsnehmer oder der Versicherte durch Täuschung eine Leistung zu erhalten versucht, wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht schuldhaft verletzt wurde (wenn z. B. der Antragsteller bei Vertragsabschluss eine bestehende oder durchgemachte Erkrankung verschweigt) oder wenn die Prämien trotz Mahnung nicht bezahlt werden.

BESONDERHEITEN DER KRANKENVERSICHERUNG

Beginn des Versicherungsschutzes – Wartezeit:

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem in der Polizza angegebenen Zeitpunkt, der Bezahlung der ersten Prämie und nach Ablauf der Wartezeiten.

Wartezeit bedeutet, dass der Versicherungsschutz erst nach einer bestimmten Zeit in vollem Umfang gewährleistet ist.

Wartezeiten betragen in der Regel drei Monate. Für bestimmte Behandlungen (Psychotherapie, Zahnbehandlung) bis zu acht Monate, für Entbindungen bis zu neun Monate, in der Pflegeversicherung bis zu einem Jahr. Darüber hinaus können bei Vertragsabschluss für Vorerkrankungen besondere Wartezeiten vereinbart werden. Bei Unfällen und vielen akuten Infektionskrankheiten gibt es keine Wartezeit.

Spitals- und Arztwahl

In der Regel kann man selbst entscheiden, welchen Arzt und welches Spital man aufsuchen möchte. Die Vertragsspitäler sind in der Spitalliste enthalten, nur für sie wird Kostendeckung und Direktabrechnung garantiert.

Nach den Versicherungsbedingungen gelten nicht als Spitäler:

- bestimmte Sonderkrankenanstalten
- Kuranstalten und Genesungsheime
- Rehabilitationszentren
- Altersheime und deren Krankenabteilungen

Erkundigen Sie sich im Zweifelsfall bei Ihrer Versicherung, ob das von Ihnen gewählte Spital vom Versicherungsschutz umfasst wird und ob für die Behandlung im entsprechenden Tarif auch Leistungen vorgesehen sind.

Unser Tipp: Für die Abklärung der Kostenübernahme kontaktieren Sie bitte noch vor Ihrer Krankenbehandlung Ihre Versicherung. Dann können Sie die Vorteile einer privaten Krankenversicherung beruhigt und entspannt in Anspruch nehmen.