

**Versicherungsschutz für Versicherte  
mit einer österreichischen Sozialversicherung**

**ÖSTERREICH  
Privat Rundum Premium**

mit Wertbeständigkeit und  
Prämienrückerstattung

QHGyc K 9/2022  
Europagarantie und Weltdeckung

**I. Stationärer Bereich**

Laboruntersuchungen sowie besondere ärztliche Verrichtungen, Konsiliarärzte anderer Fachgebiete, physikalische Therapien und Medikamente.

**I.1. STATIONÄRE HEILBEHANDLUNGEN**

Operative Behandlung, Strahlentherapie

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

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

**I.1.1. Kostendeckungsgarantie in Österreich**

Operationsgruppe I bis .....	EUR	366,40
Operationsgruppe II bis .....	EUR	671,70
Operationsgruppe III bis .....	EUR	1.099,10
Operationsgruppe IV bis .....	EUR	1.770,80
Operationsgruppe V bis .....	EUR	2.564,60
Operationsgruppe VI bis .....	EUR	3.419,50
Operationsgruppe VII bis .....	EUR	4.396,50
Operationsgruppe VIII bis .....	EUR	6.106,20

Bei Aufenthalten in der Sonderklasse Zweibettzimmer eines Vertragskrankenhauses (siehe Liste der Vertragskrankenhäuser der Tarifserie QY, Beilage K8) werden die Kosten abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen der gesetzlichen österreichischen Sozialversicherung in direkter Verrechnung übernommen.

**I.1.2. Kostendeckungsgarantie in Europa**

Werden im Verlauf eines ununterbrochenen Krankenhausaufenthaltes 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.

Bei Aufenthalten in der Sonderklasse Zweibettzimmer eines allgemeinen öffentlichen Krankenhauses in einem der auf der "Europaliste" angeführten Staaten werden die Kosten abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen der gesetzlichen österreichischen Sozialversicherung in direkter Verrechnung übernommen.

**I.1.3. Weltweite Kostendeckungsgarantie für geplante stationäre Behandlungen**

b) Strahlentherapie

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 abzüglich allfälliger Leistungen der gesetzlichen österreichischen Sozialversicherung weltweit übernommen. Voraussetzung ist, dass vorher UNIQA kontaktiert wird und durch diese die Abwicklung des Versicherungsfalles erfolgt.

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

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 eine konservative Behandlung vergütet.

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

c) Nebenhonorare und besondere Behandlungskosten

Bei Aufenthalten in der Sonderklasse Zweibettzimmer

pro Tag bis .....	EUR	50,50
-------------------	-----	-------

- wenn keine österreichische Sozialversicherung besteht
- 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

Vergütet werden Kosten für bildgebende Untersuchungen und Laboruntersuchungen sowie besondere ärztliche Verrichtungen, Konsiliarärzte anderer Fachgebiete, physikalische Therapien und Medikamente.

Entbindung

sowie bei Aufenthalten in der Sonderklasse Einbettzimmer stehen folgende Leistungen zur Verfügung:

Die Kosten für

A. Tageskosten (Aufzahlungskosten, Anstaltsgebühr, Sachaufwand)

- eine Entbindung bzw. Fehlgeburt einschließlich operativer Eingriffe bis Operationsgruppe III werden nach den Ansätzen für eine konservative Behandlung

pro Tag bis .....	EUR	270,10
-------------------	-----	--------

- eine operative Entbindung bzw. Fehlgeburt ab Operationsgruppe IV nach den Ansätzen für eine operative Behandlung vergütet.

B. Honorare, Behandlungskosten

C. Zusätzliche Fallkosten

Konservative Behandlung

Aus Punkt A und B nicht gedeckte Tageskosten, Honorare und Behandlungskosten werden pro Fall bis ..... EUR 1.027,00 vergütet.

a) Honorar für den Hauptbehandler pro Tag bis		
1. bis 7. Tag .....	EUR	130,50
8. bis 14. Tag .....	EUR	65,30
ab 15. Tag .....	EUR	32,60

D. Organtransplantation, kombinierte Krebsbehandlung

b) Nebenhonorare und besondere Behandlungskosten pro Tag bis .....	EUR	52,20
--	-----	-------

Die Kosten für Organtransplantationen und kombinierte Krebsbehandlungen (Operationen ab Operationsgruppe VI in Verbindung mit Strahlenbehandlung und/oder Chemotherapie)

Vergütet werden Kosten für bildgebende Untersuchungen und

werden anstelle der Vergütungen nach Punkt A, B und C pro Fall bis ..... EUR 12.805,30 ersetzt.

### 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 bzw. wenn der Aufenthalt in der allgemeinen Gebührenklasse erfolgt, die Kosten voll übernommen
- wenn der Aufenthalt nach Punkt I.1.4. vergütet wird, die Kosten pro Tag bis ..... EUR 81,00 ersetzt.

### I.1.6. Krankenhaus-Tagegeld, Entbindungspauschale

Erfolgt der Aufenthalt in der allgemeinen Gebührenklasse wird anstelle der Vergütung nach Punkt I.1.1. bis I.1.4. ein Krankenhaus-Tagegeld von ..... EUR 202,60 im Falle einer Entbindung eine Entbindungspauschale von ..... EUR 2.026,00 erbracht.

### I.1.7. Hebamme

Die Kosten für eine ausgebildete, selbständig tätige Hebamme werden bis ..... EUR 447,00 pro Entbindung vergütet, sofern die Rechnungslegung direkt durch die Hebamme erfolgt ist.

### I.1.8. Hospiz, Palliativstation

Bei stationären Aufenthalten in Hospizen oder Palliativstationen werden pro Tag ..... EUR 202,60 maximal für die Dauer von 31 Tagen erbracht.

Diese Leistung steht einmal während der gesamten Versicherungsdauer zur Verfügung.

## I.2. KONSERVATIVE UNTERSUCHUNGEN

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für medizinisch notwendige Untersuchungen wegen Krankheit oder Unfall auch wenn die Diagnostik einen Aufenthalt von weniger als 24 Stunden erfordert.

Darunter fallen Untersuchungen bei komplexen bzw. unklaren Krankheitsbildern, wenn die Erkrankungen oder die Beschwerden nicht mit einer fachärztlichen Untersuchung alleine abgeklärt werden können, sondern für die Diagnose aufwendige Untersuchungen bzw. die Zusammenarbeit mehrerer Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen erforderlich sind. Weiters zählen dazu Spezialuntersuchungen wie SPECT, MRI - Angiographien, virtuelle Coloskopien und Szintigraphien. Im Versicherungsfall können alle medizinisch notwendigen Leistungen (wie z.B. Labor, Röntgen oder MRI) in Anspruch genommen werden.

Können aus organisatorischen Gründen nicht alle erforderlichen Untersuchungen innerhalb eines Tages durchgeführt werden, besteht Versicherungsschutz gemäß Punkt I.1.

### I.2.1. Kostendeckungsgarantie in Österreich

Erfolgt die Untersuchung in einem Vertragskrankenhaus oder einer sonstigen Vertragseinrichtung (siehe Liste der Vertragskrankenhäuser der Tarifserie QY, Beilage K8) werden die Kosten abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen der gesetzlichen österreichischen Sozialversicherung in direkter Verrechnung übernommen.

### I.2.2. Kostenersatz in anderen Fällen

Erfolgt die Untersuchung 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, sowie für den Fall, dass keine

gesetzliche österreichische Sozialversicherung besteht, stehen folgende Leistungen zur Verfügung:

A. Tageskosten (Aufzahlungskosten, Anstaltsgebühr, Sachaufwand)  
pro Tag bis ..... EUR 270,10

B. Honorare, Behandlungskosten  
a) Honorar für den Hauptbehandler bis ..... EUR 520,60  
b) Nebenhonore und besondere Behandlungskosten bis ..... EUR 520,60

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 390,50 vergütet.

## I.3. AMBULANTE OPERATIVE EINGRIFFE

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

### I.3.1. Kostendeckungsgarantie in Österreich

Erfolgt der operative Eingriff in einem Vertragskrankenhaus oder einer sonstigen Vertragseinrichtung (siehe Liste der Vertragskrankenhäuser der Tarifserie QY, Beilage K8) werden die Kosten abzüglich der satzungsgemäß zu vergütenden Leistungen der gesetzlichen österreichischen Sozialversicherung in direkter Verrechnung übernommen.

### I.3.2. 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, sowie für den Fall, dass keine gesetzliche österreichische Sozialversicherung besteht, stehen folgende Leistungen zur Verfügung:

a) Operationskosten je nach Art des chirurgischen Eingriffes gemäß UNIQA Operationsgruppenschema für  
Operationsgruppe III bis ..... EUR 989,20  
Operationsgruppe IV bis ..... EUR 1.593,70  
Operationsgruppe V bis ..... EUR 2.308,10  
Operationsgruppe VI bis ..... EUR 3.077,60  
Operationsgruppe VII bis ..... EUR 3.956,90  
Operationsgruppe VIII bis ..... EUR 5.495,60

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) Nebenhonore und besondere Behandlungskosten  
pro Tag bis ..... EUR 50,50

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

## I.4. KRANKENTRANSPORT

Kostenersatz pro Transport bis ..... EUR 522,30

**I.5. PAUSCHALE BEI BÖSARTIGEN NEUBILDUNGEN (KREBS)**

Bei bösartigen Neubildungen (Krebs) wird nach Vorliegen eines aus medizinischer Sicht nachgewiesenen malignen Tumors ein Betrag von ..... EUR 1.890,70 ausbezahlt.

Darunter fallen auch die malignen Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämien (= Blutkrebs), Lymphomen und Morbus Hodgkin (Lymphdrüsenkrebs), nicht jedoch Hauttumore (ausgenommen maligne Melanome) sowie nichtinvasive Karzinome in situ.

Diese Leistung steht einmal während der gesamten Versicherungsdauer zur Verfügung.

**I.6. AMBULANTE DIAGNOSTIK**

Die Kosten für ärztlich verordnete ambulant durchgeführte diagnostische Maßnahmen unter Anwendung von

- Magnet-Resonanz / Kernspintomographie (MRT)
- Computertomographie (CT)
- Szintigraphie
- Positronen-Emissions-Tomographie (PET)
- Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT)

werden bis ..... EUR 279,30 pro Untersuchung vergütet, maximal jedoch bis ..... EUR 558,50 pro Kalenderjahr.

**II. Hausentbindung**

Für eine Hausentbindung werden anstelle der Vergütungen nach Punkt I ..... EUR 2.026,00 erbracht.

**III. Ambulanter Bereich**

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

Vergütet werden

- die vollen Kosten abzüglich der Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung bzw.
- 80% der Kosten, sofern keine Leistungen durch die gesetzliche Sozialversicherung erfolgen.

Pro Kalenderjahr stehen für die Punkte III.1 bis III.6 insgesamt bis ..... EUR 2.400,00 zur Verfügung.

1. Innerhalb des angeführten Jahreshöchstbetrages werden die Kosten für

- a) ambulante ärztliche Behandlungen
  - Arzt- und Facharztkosten (Schulmedizin und Alternativmedizin) ausgenommen Zahnärzte
  - Telemedizin und Videomedizin
  - Mutter-Kind Pass Untersuchungen

b) ärztlich verordnete ambulant durchgeführte besondere Untersuchungen

- bildgebende Diagnostik (z.B. Röntgen, CT, MRT, Ultraschall)
- Labordiagnostik (z.B. Blutbild, Urinstatus)
- endoskopische Diagnostik (z.B. Gastroskopie)
- histologische Diagnostik (z.B. Stanzbiopsie)
- zytologische Diagnostik (z.B. Abstrich)

c) ambulante operative Eingriffe

- d) ärztlich verordnete Medikamente
  - registrierte Arzneimittel
  - homöopathische Mittel
  - Rezeptgebühren (100% der Kosten bei einer österreichischen gesetzlichen Krankenversicherung)

bis ..... EUR 1.250,00 vergütet.

2. Innerhalb des angeführten Jahreshöchstbetrages werden die Kosten für

- a) ambulante ärztliche Vorsorgeuntersuchungen
  - urologische Vorsorgeuntersuchung
  - gynäkologische Vorsorgeuntersuchung
  - augenärztliche Vorsorgeuntersuchung
  - dermatologische Vorsorgeuntersuchung

b) ambulant durchgeführte, anerkannte Hebammenleistungen

- Betreuung, Beratung und Pflege der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerin, Beistandsleistung bei der Geburt, Mitwirkung bei der Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge

bis ..... EUR 250,00 vergütet.

3. Innerhalb des angeführten Jahreshöchstbetrages werden die Kosten für

- a) ärztlich verordnete Hilfsmittel (Heilbehelfe)
- b) Sehbehelfe (Brillen und Kontaktlinsen) oder für refraktive Augenoperationen pro zwei Kalenderjahre, gerechnet ab erstmaligem Abschluss dieses Tarifes

bis ..... EUR 250,00 vergütet.

4. Innerhalb des angeführten Jahreshöchstbetrages werden die Kosten für ärztlich verordnete ambulant durchgeführte Heilbehandlungen (Schulmedizin und Alternativmedizin) durch:

- Physiotherapeuten
- Musiktherapeuten
- Diätologen
- Ergotherapeuten
- Logopäden
- Orthoptisten
- Medizinischen Masseur
- Heilmasseur
- Osteopathen

bis ..... EUR 250,00 vergütet.

5. Innerhalb des angeführten Jahreshöchstbetrages werden die Kosten für ärztlich verordnete ambulant durchgeführte psychotherapeutische Heilbehandlungen und Diagnostik durch

- klinische Psychologen
- Gesundheitspsychologen
- Psychotherapeuten

bis ..... EUR 250,00 vergütet.

6. Innerhalb des angeführten Jahreshöchstbetrages werden die Kosten für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung

- ärztlich verordnete Nahrungsergänzungsmittel
- ambulant durchgeführte Wundversorgung
- Massage durch reglementierte Gewerbe (z.B. gewerbliche Massage, Shiatsu)
- Impfungen (Serum, Arzthonorar) inklusive Reiseimpfungen
- Allergieaustestungen
- Podologie

bis ..... EUR 150,00 vergütet.

Ist der Jahreshöchstbetrag nach Punkt III.1 erschöpft, stehen für ambulante ärztliche Behandlung gemäß Punkt III.1. a) pro weiterer ärztlicher Ordination bzw. pro weiterem ärztlichen Hausbesuch

bis ..... EUR 25,00 zur Verfügung.

#### IV. Zahnbereich

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für zahnärztliche Behandlungen einschließlich Kieferregulierung. Vergütet werden

- die vollen Kosten abzüglich der Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung bzw.
- 80% der Kosten, sofern keine Leistungen durch die gesetzliche Sozialversicherung erfolgen

für:

##### IV.1. ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

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

pro Kalenderjahr bis ..... EUR 2.238,70  
davon für Kieferregulierung ..... EUR 671,30

##### IV.2. PROPHYLAXE

Die Kosten für prophylaktische Maßnahmen, die der Zahnerhaltung oder der Zahnpflege dienen, wie z.B. Mundhygiene, Zahnsteinentfernung, Fluoridierung und Fissurenversiegelung sowie Kontrolluntersuchungen werden pro Kalenderjahr bis ..... EUR 449,80 vergütet.

#### V. UNIQA VitalCheck (Vorsorgeuntersuchung)

Bei Inanspruchnahme einer Vertragseinrichtung der UNIQA werden die vollen Kosten einer Vorsorgeuntersuchung in

#### A. Ergänzende Versicherungsbedingungen

1.a) Die allgemeine Wartezeit entfällt.

b) 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.

c) Zahnbereich  
Die besondere Wartezeit beträgt 8 Monate.

##### 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. Krafttraining sowie medizinisches Training (Einzel- oder Gruppentraining), auch wenn diese unter ärztlicher Anleitung stattfinden, stellen keine Heilbehandlung dar und stehen somit nicht unter Versicherungsschutz. Gleiches gilt für Legasthenie Training, Dyskalkulie Training, Heilpädagogik und Trainingstherapie durch Sportwissenschaftlerinnen und Sportwissenschaftler.

4. Mitgliedschaften, Abonnements sowie Monatsbeiträge stehen nicht unter Versicherungsschutz.

direkter Verrechnung vergütet. Die Vorsorgeuntersuchung beinhaltet neben einer ausführlichen Besprechung und Beratung beispielsweise folgende Leistungen:

- Labor- inklusive diverser Spezialuntersuchungen
- Herz-Lungenröntgen
- EKG
- Echokardiographie inklusive weiterer Ultraschalluntersuchungen
- Ergometrie

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

#### VI. Assistance

##### VI.1. ÄRZTLICHE ZWEITMEINUNG (second opinion)

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

##### VI.2. PSYCHOLOGISCHE BERATUNG

UNIQA organisiert für die versicherte Person auf Wunsch professionelle und unmittelbare Notfallbetreuung durch externe, psychologische Fachleute und übernimmt die damit im Zusammenhang stehenden Kosten in folgenden Fällen:

- HIV-positiver Befund
- Krebs (einschließlich Leukämie)
- Multiple Sklerose
- plötzlicher, unerwarteter Tod engster Familienangehöriger (Ehegatte/in, Kinder, Eltern, Großeltern)

Die Versicherungsleistung ist mit 6 Einheiten pro Ereignis begrenzt.

5. Schulmedizin bezeichnet, die an Universitäten und wissenschaftlichen Hochschulen gelehrt und allgemein anerkannte, etablierte Medizin. Sie beruht auf wissenschaftlichen Theorien und durch Studien abgesicherten Erkenntnissen. Schulmedizinische Verfahren werden ausschließlich von Personen innerhalb der Gesundheitsberufe angewendet - nur sie dürfen in Österreich Diagnosen stellen und Patienten wegen einer Krankheit behandeln.

6. Alternativmedizin (Komplementärmedizin) ist ein Überbegriff für therapeutische Verfahren außerhalb der etablierten Medizin (Schulmedizin). Diese Verfahren werden ergänzend zur etablierten Medizin genutzt. Komplementärmedizinische Methoden basieren auf anderen Modellen der Krankheitsentstehung und -behandlung als die Schulmedizin. Das ist ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal zu medizinischen Verfahren, die unkonventionell eingesetzt werden.

7. Ergänzend zu Punkt 2.1.b) Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-Tagegeldversicherung stehen ästhetische Behandlungen und Operationen nicht unter Versicherungsschutz. Ästhetische Behandlungen/Operationen sind jedenfalls: Bauchstraffung (Abdominoplastik), Brauenkorrektur, Bruststraffung (Mastopexie), Brustvergrößerung (Mammaaugmentation) und Brustverkleinerung (Mamma-reduktion), Eigenfetttransfer (Lipofilling), Facelift (Rhytidectomy), Fettabsaugung (Liposuction), Gesäß-Modellierung, Gesichtsimplantate, Halslift, Kinnplastik (Genioplastik), Körperstraffung (Bodylift), Korrektur abstehender Ohren (Otoplastik), Lippenvergrößerung und Lippenaufpolsterung (Lippenaugmentation), Nasenkorrektur (Rhinoplastik), Oberarmstraffung (Brachioplastik), Oberschenkelstraffung (Dermolipectomy), Penisvergrößerung, Stirnlift, Vaginoplastik und Labienplastik - soweit diese Maßnahmen nicht der Beseitigung von Unfallfolgen dienen.

8. Stehen für eine Einreichung Leistungsansprüche sowohl aus dem stationären Bereich dieses Tarifs (Punkt I) als auch aus dem ambulanten Bereich (Punkt III.) zur Verfügung, wird die Leistung primär aus dem stationären Bereich erbracht und allfällig mögliche weitere Leistungen aus dem ambulanten Bereich. Es werden keinesfalls mehr als die entstandenen Kosten ersetzt.

9. Basis für die Berechnung der im Ambulanten Bereich (Punkt III.) und im Zahnbereich (Punkt IV.) tariflich zur Verfügung stehenden Versicherungsleistungen sind die vor Abzug der Leistungen der gesetzlichen Sozialversicherung angefallenen Kosten.

10. Die Vergütung von Kosten für Zahn- und kieferchirurgische Behandlungen, Zahnrontgen, Zahnersatz sowie Kieferregulierungen erfolgt ausschließlich aus Punkt IV (Zahnbereich).

11. Hat ein versichertes Kind das 18. Lebensjahr vollendet, so sind wir berechtigt, die Prämie auf denjenigen Betrag anzuheben, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten (siehe dazu Punkt B 3. Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes).

---

## B. Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes

---

1. Wir sind berechtigt, die Prämie oder den Versicherungsschutz nach Vertragsabschluss einseitig zu ändern. Maßgebende Umstände für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes sind die Veränderungen folgender Faktoren:

1.1. des von der Bundesanstalt "Statistik Österreich" (Statistik Austria) veröffentlichten Verbraucherpreisindex (VPI) 2015,

1.2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,

1.3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die zu diesem Tarif Versicherten,

1.4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,

1.5. der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und

1.6. des Gesundheitswesens und der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

1.7. für Gruppenversicherungen zusätzlich zu den in 1.1 bis 1.6 genannten Umständen: auch eine Änderung der in 1.2 und 1.3 genannten Umstände bloß bei den zu dieser Gruppe gehörenden Versicherten, auch infolge einer Änderung des Durchschnittalters der Gruppe.

2. Die Erklärung der Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes gemäß Punkt 1 wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten. Wenn wir die Prämie nach Punkt 1 erhöhen, werden wir dem Versicherungsnehmer (in der Gruppenversicherung dem Hauptversicherten) auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anbieten.

3. Hat ein versichertes Kind das 18. Lebensjahr vollendet, so sind wir berechtigt, die Prämie auf denjenigen Betrag anzuheben, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten. Von einer solchen Prämienanhebung werden wir den Versicherungsnehmer (in der Gruppenversicherung den Hauptversicherten) mindestens einen Monat vor Wirksamkeit der Anhebung unter Bekanntgabe der angehobenen Prämie verständigen und ihm die Möglichkeit einräumen, den

Versicherungsvertrag vom Zeitpunkt des Erhalts der Verständigung binnen vier Wochen zu kündigen, ohne dass die Prämienanhebung wirksam wird. In der Gruppenversicherung können wir mit dem Versicherungsnehmer ein anderes für die Prämienanhebung maßgebliches Lebensalter vereinbaren, wobei dieses Lebensalter aber nicht über 20 Jahren liegen darf.

4. Erklärungen der Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes gemäß Punkt 1 erfolgen vier Mal jährlich zu folgenden Stichtagen: 1. Februar, 1. März, 1. Mai und 1. August. Die Anpassung in der Gruppenversicherung kann durch Vereinbarung mit dem Versicherungsnehmer von den oben genannten Zeitpunkten abweichen.

5. Veröffentlicht die Statistik Austria den in Punkt 1.1 vereinbarten Index nicht mehr, so tritt an seine Stelle jener Index, den die Statistik Austria als seinen Nachfolgeindex bezeichnet; in Ermangelung eines solchen Nachfolgeindex jener von der Statistik Austria oder ihrer Nachfolgeorganisation veröffentlichte Index, der dem Index laut Punkt 1.1 am nächsten kommt.

6. Die Anpassung der Prämien kann dazu führen, dass diese während der Vertragslaufzeit erheblich ansteigen.

---

## C. Widerruf der Kostendeckungsgarantie

---

Die abgegebenen Kostendeckungsgarantien können vom Versicherer frühestens zu dem in der Liste der Vertragskrankenhäuser 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. Änderung bzw. Wegfall der österreichischen Sozialversicherung

Dieser Tarif setzt das Bestehen einer gesetzlichen österreichischen Sozialversicherung voraus.

Damit bei einem Wechsel bzw. Wegfall der österreichischen Sozialversicherung weiterhin ein geeigneter Versicherungsschutz erhalten bleibt, ist eine umgehende Verständigung des Versicherers unbedingt erforderlich.

### 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 des UNIQA VitalChecks und aus dem Assistancebereich rufen Sie bitte ebenfalls die auf der UNIQA Kundenkarte angegebene Telefonnummer an.