
Gruppen-Versicherungsschutz für Nicht-Sozialversicherte

Ergänzungstarif
Ambulanter Bereich

mit Wertbeständigkeit SVZA / SVZAX / SVZAY / SVZAYA / SVZAYB / SVZAYC 9/2024

I. Ambulanter Bereich (Punkt 5.2. bis 5.7. und 5.13. bis 5.15. Allgemeine Versicherungsbedingungen)

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

Vergütet wird der in den Punkten III A 1, III A 4 und III A 5 des Gruppen-Versicherungsschutzes für Nicht-Sozialversicherte vorgesehene 20%ige Selbstbehalt.

II. Zahnbehandlung

Der Versicherungsschutz umfasst Leistungen für Zahnbehandlung einschließlich Zahnröntgen und Zahnersatz im folgenden Umfang:

Sofern der im Gruppen-Versicherungsschutz für Nicht-Sozialversicherte vorgesehene Jahreshöchstbetrag für Zahnbehandlungen (Punkt III A 6 a bis g) verbraucht ist, werden 80% der darüber hinausgehenden Kosten pro Kalenderjahr bis EUR 4.509,40 vergütet.

A. Ergänzende Versicherungsbedingungen

Dieser Ergänzungstarif kann nur in Verbindung mit einem Gruppen-Versicherungsschutz für Nicht-Sozialversicherte (Tarife SVBX, SVBY, SVBYA, SVBYB bzw. SVBYC, APO bzw. APOX, SVNX, SVNY, SVNYA, SVNYB bzw. SVNYC) abgeschlossen werden und bestehen bleiben.

1. Allgemeine Wartezeit (Punkt 3. Allgemeine Versicherungsbedingungen)

Die allgemeine Wartezeit entfällt.

2. Besondere Wartezeit

a) Ambulanter Bereich (Punkt I)

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 ab Versicherungsbeginn geführt hätten, besteht Versicherungsschutz.

b) Zahnbehandlung (Punkt II)

Die besondere Wartezeit beträgt 6 Monate.

anzupassen, dass der Versicherungsschutz in seinem Wert erhalten bleibt.

2. Die Anpassung der Leistungen hat 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.

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.

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

B. Leistungs- und Prämienanpassung

1. Die UNIQA verpflichtet sich, im Falle einer Änderung der Preise der Gesundheitsleistungen ihre Leistungen so

UNIQA

unter Mitversicherung von

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