

Vertragsgrundlage 595

KG-SU-N

Krankheitskostenversicherung für stationäre Krankenhausbehandlung bei schwerer Erkrankung oder schweren Unfallfolgen nach Vorleistung einer privaten Grundversicherung mit allgemeiner Pflegeleistung ohne Wahlleistungen (besondere Unterbringung und wahlärztliche Behandlung)

Tarif KG-SU-N	
Versicherungsfähigkeit/Wegfall	<p>Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit in diesem Tarif besteht nur in Kombination mit Krankheitskostenvollversicherungen unseres Unternehmens, die ausschließlich die Allgemeinen Krankenhausleistungen absichern. Bei Wechsel in andere als die die Versicherungsfähigkeit begründenden Tarife endet dieser Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Die gleiche Folge hat die Beendigung der die Versicherungsfähigkeit begründenden Krankheitskostenvollversicherung.</p> <p>Nicht versicherungsfähig sind darüber hinaus Profi-Sportler, die per Vertrag bei einem Verein angestellt sind und/oder mehr als 50% ihres Einkommens aus dieser Tätigkeit beziehen.</p>
1. Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes	<p>Der Versicherer leistet im Falle einer bei der versicherten Person nach Vertragsabschluss eingetretenen schweren Erkrankung oder schwerer Unfallfolge im Sinne von Abschnitt 2 für Privatärztliche Behandlung und Wahlleistungen im Krankenhaus. Der konkrete Leistungsumfang ergibt sich aus Abschnitt 3.</p>
2. Schwere Erkrankung	<p>Als schwere Erkrankung gelten die im Folgenden genannten Erkrankungen bzw. Unfallfolgen, wenn sie durch einen Arzt/Facharzt festgestellt und durch klinische, radiologische, histologische bzw. Laborbefunde bestätigt werden:</p> <ul style="list-style-type: none">- Herzinfarkt (Myokardinfarkt) Klinische Diagnose eines Herzinfarktes, gesichert durch typische Beschwerden, Herzenzymanstieg und EKG Veränderungen. <p>Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit Vorliegen der gesicherten ärztlichen Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none">- Schlaganfall Jeglicher zerebrovaskulärer Insult mit andauernden neurologischen Folgeerscheinungen einschließlich Hirninfarkt, Blutung und Embolie extrakraniellen Ursprungs. Die neurologischen Ausfallerscheinungen müssen länger als eine Woche bestehen. <p>Von dem Versicherungsschutz ausgeschlossen sind flüchtige Hirndurchblutungsstörungen, die sich innerhalb einer Woche ohne Folgen zurückbilden.</p> <p>Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit Vorliegen der gesicherten ärztlichen Diagnose in obigem Sinn, d.h. frühestens nach Ablauf einer Woche, wenn die neurologischen Ausfallerscheinungen weiterhin bestehen.</p> <ul style="list-style-type: none">- Krebs Eindeutige (histologisch gesicherte) Diagnose eines bösartigen Tumors, der charakterisiert ist durch unkontrolliertes Wachstum, infiltrative Wachstumstendenz und Metastasierungstendenz. Eingeschlossen sind bösartige Krankheiten des lymphatischen Systems, Leukämie und invasive maligne Melanome der Haut. Ausgeschlossen sind alle sonstigen Hauttumore, nichtinvasive Carcinoma-in-situ (z.B. oberflächliche, bösartige Schleimhautveränderungen des Gebärmutterhalses oder der Harnblase), isolierte Knoten der Brustdrüse und Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion. <p>Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit Vorliegen der gesicherten ärztlichen Erstdiagnose in obigem Sinn.</p> <ul style="list-style-type: none">- Unfallfolgen bzw. Zustand nach einem Unfall, die nachfolgend benannt sind : <p>Lähmungen (Paralyse) Vollständiger und dauerhafter Funktionsverlust von mindestens 2 oder mehr Gliedmaßen oberhalb von Hand- bzw. Fußgelenk durch eine unfallbedingte Lähmung. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit Vorliegen der gesicherten ärztlichen Diagnose in obigem Sinn.</p> <p>Verlust von Gliedmaßen Der bleibende Verlust von 2 oder mehr Gliedmaßen oberhalb von Hand- bzw. Fußgelenk. Der Anspruch auf Leistung entsteht bei ärztlichem Nachweis zum Eintritt des Verlustes bzw. mit der Feststellung einer zwingenden Indikation zur Amputation.</p>

	<p>Schädel-Hirn-Trauma Verletzung des Schädels 3. Grades mit Hirnbeteiligung.</p> <p>Koma Ein Zustand von Bewusstlosigkeit, bei dem der Bewusstlose keine Reaktion auf äußere Reize oder innere Bedürfnisse (z.B. Blasen-, Mastdarmfunktion) zeigt. Der Zustand muss unter Einsatz lebensaufrechterhaltender Systeme andauernd für einen Zeitraum von mindestens 96 Stunden bestehen.</p> <p>Bei ärztlichem Nachweis entsteht der Anspruch auf Versicherungsleistung mit Vorliegen der gesicherten ärztlichen Diagnose in obigem Sinn.</p> <p>Schwere Verbrennungen Verbrennungen 3. Grades an mehr als 18% der Körperoberfläche. Der Anspruch auf Leistung entsteht mit dem ärztlichen Nachweis zum Umfang der Verbrennungen.</p> <p>Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfälle gelten auch durch Kraftanstrengung des Versicherten hervorgerufene Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen an Gliedmaßen und Wirbelsäule; Wundinfektionen, bei denen der Ansteckungsstoff durch eine Unfallverletzung im Sinne des vorstehenden Satzes in den Körper gelangt ist.</p> <p>Als Unfälle gelten nicht: Erkrankungen infolge psychischer Einwirkung; Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe, Malaria, Flecktyphus und sonstige Infektionskrankheiten; Gesundheitsschädigungen durch Strahlen; Gesundheitsschädigungen durch Licht-, Temperatur- und Witterungseinflüsse</p>
<p>3. Informationen zum Leistungsumfang</p>	<p>Sofern eine schwere Erkrankung im Sinne Abschnitt 2 eingetreten ist, sind die folgenden nach Vorleistung der privaten Krankenversicherung (Grundversicherung) verbleibenden Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung erstattungsfähig:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alle Krankenhauskosten (Pflege, Verpflegung und Unterkunft) inkl. Inanspruchnahme eines Ein- oder Zweibettzimmers als Wahlleistung gemäß Bundespflegesatzverordnung (BPIV) oder der 1. Pflegeklasse - Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) - Kosten für medizinisch notwendige Transporte zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus <p>In Erweiterung der Nr. 10 TB 2009 "Gebührenordnungen" werden für vom liquidationsberechtigten Chefarzt persönlich erbrachte Leistungen im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage Kosten bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn hierzu eine rechtsgültige, individuelle "abweichende Vereinbarung" gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde.</p> <p>Serviceleistung stationäre Behandlung: Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.</p> <p>Sofern die Erkrankung erst während einer stationären Therapie diagnostiziert wird, gilt für den Anspruch auf stationäre Wahlleistungen ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht zunächst als ausreichend. Stellt sich im Verlauf der Krankenhausbehandlung heraus, dass keine der in Abschnitt 2 genannten Erkrankungen oder schweren Unfallfolgen vorliegt, endet die Leistungspflicht mit Ablauf des dritten Tages, an dem die endgültige Diagnose gestellt wurde. Der Versicherer ist unverzüglich über die geänderte Diagnose zu informieren.</p> <p>Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle und deren Folgen, die bei Ausübung von Extremsportarten eingetreten sind. Extremsportarten, die unter diesen Leistungsausschluss fallen sind zum Beispiel: Bungeejumping, Drachenfliegen, Motorsport, Skin-Diving (tauchen ohne Geräte), B.A.S.E jumping, House Running, Free Climbing, Hydrospeed, Scad-Diving, Sky-Surving, Canyoning, Rafting, Fallschirmspringen, Boxen und andere Kampfsportarten.</p>
<p>4. Beitragsanpassung</p>	<p>Hinsichtlich des Vomhundertsatzes gemäß § 8b (1) MB/KK 2009 gilt: Der Versicherer kann unter den in § 8b (1) MB/KK 2009 genannten Voraussetzungen bereits bei einer Abweichung von mehr als 5% die Beiträge des Tarifs anpassen.</p>

Gültig in Verbindung mit AVB, Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der AXA Krankenversicherung AG

Wichtige Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz nach Tarif KG-SU-N
Oder: Was wir von unseren Kunden häufig gefragt werden.

1. Was haben Sie versichert?

Ab dem Eintritt bestimmter schwerer Erkrankungen oder bestimmter schwerer Unfallfolgen bietet der Tarif Versicherungsschutz einer vollwertigen privaten Zusatzversicherung für stationäre Wahlleistungen.

Versicherungsleistungen bei folgenden schweren Erkrankungen:
Herzinfarkt, Schlaganfall und Krebs

bei folgenden schweren Unfallfolgen:
Lähmungen, Verlust von Gliedmaßen, Koma, Schädel-Hirn-Trauma, schweren Verbrennungen

- 100 % Kostenerstattung bei stationärer Behandlung durch den Chefarzt und Unterbringung im 1-Bettzimmer nach Vorleistung einer privaten Krankenversicherung

Ist eine im Tarif genannte schwere Erkrankung oder schwere Unfallfolge eingetreten, können Sie ab diesem Zeitpunkt für alle weiteren Krankheiten diese stationäre Wahlleistungen in Anspruch nehmen - und zwar für die Dauer des Vertrages.

2. Was ist nicht in Ihrem Versicherungsschutz enthalten?

• Krankenhausnebenkosten für Sonderservice wie Telefongespräche, Fernsehen oder Video, etc. können nicht übernommen werden.

• Kur- und Rehabilitationsmaßnahmen sind - auch wenn Sie ursächlich mit einem Unfall in Zusammenhang stehen - nicht mitversichert. Bitte wenden Sie sich hierfür rechtzeitig an den zuständigen Rentenversicherungsträger (BfA oder LVA).

3. Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

• Für Krankenhäuser, die auch Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführen ("Gemischte Anstalten"), benötigen Sie vor dem Behandlungsbeginn unsere schriftliche Kostenzusage. Eine vorherige Kostenzusage ist auch immer dann empfehlenswert, wenn Sie ein Krankenhaus wählen, das weit entfernt von Ihrem Wohnort liegt.

Portabilität der Alterungsrückstellung ab 1. Januar 2009

Sofern die Versicherung in diesem Tarif durch Kündigung beendet und gleichzeitig ein neuer substitutiver Krankheitskostenversicherungsvertrag bei einem anderen Unternehmen abgeschlossen wird, werden wir die kalkulierte Alterungsrückstellung entsprechend der Vertragsdauer der jeweiligen versicherten Person in Höhe des nach dem 1. Januar 2009 im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (2009) an den neuen Versicherer übertragen. Sollten allerdings Beitragsrückstände bestehen, können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.