

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung

Teil II - Tarif mit Tarifbedingungen Tarif 722 für stationäre Heilbehandlung Einzelversicherung B3 51 285

Teil II gilt in Verbindung mit den AVB für die Krankheitskostenversicherung (Teil I - Allgemeine Bedingungen) - B3 51 398.

Inhalt:

- § 1 Wer kann in diesen Tarif aufgenommen werden?
- § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?
- § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?
- § 4 Wann entfallen die Wartezeiten?
- § 5 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

§ 1 Wer kann in diesen Tarif aufgenommen werden?

In den Tarif werden nur Personen aufgenommen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?

(1) Stationäre Heilbehandlung

Nachstehende Aufwendungen (auch für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V) werden in tariflichem Umfang erstattet.

a) Allgemeine Krankenhausleistungen
100%

b) Belegärztliche Behandlung
100%, auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus. Stehen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, gilt Teil I § 4 Abs. 2 Satz 2.

c) Aufwendungen für gesondert berechnete Leistungen für ambulante Operationen
100%, auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus. Stehen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, gilt Teil I § 4 Abs. 2 Satz 2.

d) Schwangerschaft und Entbindung
100%

e) Ergänzend gilt:
In Krankenhäusern, die nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, werden bei Behandlung im Ein- oder Zweibettzimmer die Behandlungs- und Pflegekosten zu 60% erstattet.

(2) Leistungen bei Auslandsaufenthalten

a) Aufwendungen für Auslandsbehandlungen

Die Aufwendungen für stationäre Behandlungen im Ausland sind im Rahmen der tariflichen Leistungszusage erstattungsfähig, soweit sie den dort ortsüblichen Kosten entsprechen. Das gilt unabhängig davon, ob die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt oder sich im Ausland nur vorübergehend aufhält, soweit in diesen Fällen Versicherungsschutz vereinbart ist.

Die Aufwendungen nach Satz 1 sind auch bei Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts bestehen, erstattungsfähig. Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt.

b) Dauer des Versicherungsschutzes im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung von Teil I § 2 Abs. 1 Satz 3 wird der Versicherungsschutz während eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auf insgesamt zwei Monate ausgedehnt. Die Möglichkeit nach Teil I § 2 Abs. 1 Satz 2, eine darüber hinausgehende Vereinbarung über die Ausdehnung des Versicherungsschutzes zu treffen, gilt unverändert.

§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?

Erstattungsfähig sind bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung die Aufwendungen für

(1) allgemeine Krankenhausleistungen (einschließlich medizinisch notwendiger Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person), die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung berechenbar sind.

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen auch medizinisch notwendige Transportkosten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km. Existiert für die Behandlung kein geeignetes Krankenhaus innerhalb dieser Entfernung, sind die Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

Unterliegt das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme von Drei- und Mehrbettzimmern einschließlich ärztlicher Leistungen und medizinisch begründeter Nebenkosten, zu denen auch die Kosten für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person gehören.

(2) Leistungen der Belegärzte, die nach der geltenden GOÄ berechenbar sind sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger, die nach den amtlichen Gebührenordnungen berechnungsfähig sind.

(3) Anschlussheilbehandlung

Anschlussheilbehandlung ist eine stationäre Weiterbehandlung, die in engem zeitlichen Zusammenhang mit einer akuten stationären Behandlung steht, wenn der Behandlungserfolg nicht auch durch ambulante Maßnahmen erzielt werden kann.

Die Aufwendungen für eine Anschlussheilbehandlung sind nach Maßgabe von Abs. 1 und 2 z. B. bei Krankheiten des Herzens und des Kreislaufes (Kardiologie), bei degenerativ-rheumatischen Krankheiten und Zuständen nach Operationen sowie Unfallfolgen an den Bewegungsorganen (Orthopädie), bei neurologischen Krankheiten und Zuständen nach Operationen am Gehirn, Rückenmark und an peripheren

ren Nerven (Neurologie) und bei onkologischen Krankheiten (Erste Krebsnachsorge) erstattungsfähig.

Die Regelung über das Erfordernis unserer vorherigen Leistungszusage nach Teil I § 3 Abs. 6 gilt unverändert.

Besteht auch Anspruch auf Leistungen gegenüber einem gesetzlichen Leistungsträger, gilt zudem Teil I § 4 Abs. 3.

(4) ambulante Operationen

Als ambulante Operationen gelten die in Abschnitt C VIII Nr. 3 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ aufgeführten Leistungen.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören

- der operative Eingriff (ohne physikalische Therapiekosten),
- die Anästhesie,
- die pathologische Untersuchung des Operationspräparates.

(5) Schwangerschaft und Entbindung

Für stationäre Behandlung wegen Schwangerschaft und für die Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim werden die für Krankheiten vorgesehenen Leistungen gezahlt.

Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung des gesunden Neugeborenen sind bei der Nachversicherung gemäß Teil I § 34 Abs. 1 eingeschlossen.

§ 4 Wann entfallen die Wartezeiten?

Wird Tarif 722 im Rahmen einer substitutiven Krankheitskostenversicherung (siehe Teil I § 26 Abs. 4 Satz 1) abgeschlossen, entfallen die Wartezeiten gemäß Teil I § 5 Abs. 2 und 3.
Teil I § 5 Abs. 4 gilt insoweit nicht.

§ 5 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Die Beiträge gelten für das erreichte Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter).

Nach Ablauf des Monats, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, ist gemäß Teil I § 16 Abs. 2 der für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß Teil I § 17 Abs. 2 Rechnung getragen.