

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

BestMed Krankenhaus Tarif BMZ2

AUFBAUSTUFE ZU EINER KRANKHEITSKOSTEN-VOLLVERSICHERUNG (KKV)

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit den AVB für die jeweilige KKV (in gesondertem Druckstück).

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

die AVB sind Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus

- diesen AVB,
- den AVB der zugrundeliegenden KKV,
- dem Versicherungsschein,
- späteren schriftlichen Vereinbarungen und
- den gesetzlichen Vorschriften.

Es gilt deutsches Recht.

Unsere zusätzlichen Leistungen

1. Was sind unsere zusätzlichen Leistungen bei stationärer Heilbehandlung?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

1.1 Zuschlag für die Unterbringung im Zweibettzimmer

zu 100%.

Wählt die versicherte Person gesondert berechenbare Unterbringung im Einbettzimmer, ersetzen wir den Unterbringungszuschlag für das Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses. Zählt das Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, gilt Folgendes: Wir ersetzen den Unterbringungszuschlag für das in Anspruch genommene Einbettzimmer

zu 60%.

Nimmt die versicherte Person kein Ein- oder Zweibettzimmer in Anspruch, zahlen wir ein Tagegeld. Dieses beträgt

20 EUR je Tag.

Das Tagegeld zahlen wir nur im Rahmen einer vollstationären – nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären – Heilbehandlung.

Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein Tag.

1.2 Neben dem Unterbringungszuschlag berechenbare Zuschläge für Verpflegung, Telefon- und Internetanschluss, Radio- und Fernsehgerät

zu 100%.

1.3 Wahlärztliche Leistungen

zu 100%

Dies sind gesondert berechenbare Behandlungen durch leitende Krankenhausärzte. Dazu gehören auch von diesen veranlasste Leistungen, die Ärzte bzw. ärztlich geleitete Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses ausführen.

Nimmt die versicherte Person für die gesamte Dauer einer vollstationären Heilbehandlung keine wahlärztlichen Leistungen in Anspruch, zahlen wir ein Tagegeld. Dieses beträgt

60 EUR je Tag.

Das Tagegeld zahlen wir nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären Heilbehandlung.

Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein Tag.

Nach welchen Gebührenvorschriften sind die Aufwendungen für Leistungen von Ärzten erstattungsfähig?

Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze¹ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen. Die Gebühren müssen den Bemessungsgrundsätzen der GOÄ entsprechen.

2. Gibt es Wartezeiten? Wenn ja, wann beginnen sie und wie lange dauern sie?

Wird diese Aufbaustufe zeitgleich und mit einheitlichem Versicherungsbeginn mit der KKV vereinbart, bestehen keine Wartezeiten.

In allen sonstigen Fällen beträgt die allgemeine Wartezeit drei Monate. Sie entfällt bei einem Unfall. Für Entbindung, Psychotherapie und Zahnersatz beträgt die Wartezeit acht Monate. Wir können die Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung erlassen, wenn Sie dies auf einem besonderen Vordruck der DKV beantragen.

Die Wartezeiten fangen mit dem Versicherungsbeginn des Tarifs BMZ2 an.

Der Versicherungsschutz beginnt nicht vor Ablauf der Wartezeiten.

3. Wer kann versichert werden?

Versicherungsfähig sind Personen, die

- bei uns eine geschlechtsunabhängig kalkulierte KKV vereinbart haben, welche im stationären Bereich ausschließlich Versicherungsschutz für allgemeine Krankenhausleistungen vorsieht,
- keinen Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften haben.

Die Versicherung nach Tarif BMZ2 endet mit dem Entfall der Versicherungsfähigkeit.

¹ Höchstsätze der GOÄ sind

- der 3,5fache Satz für persönliche Leistungen des Arztes.
- der 2,5fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ.
- Der 1,3fache Satz bei Laborleistungen nach Abschnitt M der GOÄ.