

Tarif clinic A

Krankheitskostentarif für stationäre Krankenhausbehandlung bei schwerwiegenden Erkrankungen

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die bei einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland versichert sind, mit Ausnahme von Personen, welche als Berufssportler (Sportprofis) tätig sind oder welche bei einer Fluggesellschaft angestellt sind (Luftfahrt- und Bodenpersonal). Das Höchstaufnahmearter des Tarifs ist 60 Jahre. Neben Tarif clinic A darf bei keinem Unternehmen ein anderer Tarif für Wahlleistungen bestehen, der zumindest gleiche Leistungen wie Tarif clinic A beinhaltet.

II. Leistungen des Versicherers (§§ 4 - 6 AVB/KS)

Erstattung der Wahlleistungen (§ 16 BPfIV bzw. § 17 KHEntgG) bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung in einem Ein- oder Zweibettzimmer mit Chefarztbehandlung wegen schwerwiegender Erkrankungen (zum Begriff der schwerwiegenden Erkrankung vgl. Nummer II. 1. B.)

1. Erstattungsfähige Kosten:

- A. Erstattungsfähig sind im Versicherungsfall - siehe Nummer II. 1. B. - die Kosten für Wahlleistungen gemäß § 16 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) bzw. gemäß § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Hiernach gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Sanitärzelle, Fernsprecher, Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese tarifgemäß erstattet. Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) sind im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig (§ 4 (2) AVB/KS). Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnbehandlung, -ersatz oder Kieferorthopädie sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Maßgeblich für die Kostenerstattung ist, für welche Unterbringungsart (Ein- oder Zweibettzimmer) das Krankenhaus den Zuschlag zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (Mehrbettzimmer) berechnet. Mit den Behandlungskostenrechnungen sind diesbezügliche Nachweise vorzulegen.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, werden Aufwendungen für Wahlleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BPfIV oder KHEntgG angefallen wäre.

Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (z. B. Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte) sind nicht erstattungsfähig.

Für stationäre Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen leistet der Versicherer nicht.

- B. Leistungspflicht nach Nummer II. 1. A. besteht nur für nachfolgende schwerwiegende Erkrankungen und Therapien:

- a) Akuter Herzinfarkt inkl. Herzkatheterinterventionen und operativer Maßnahmen,
- b) Bösartige Neubildungen (Krebs, Tumor),
- c) Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflichtigkeit,
- d) Hirnblutung oder akuter Hirninfarkt (Schlaganfall),
- e) Knochenmarksversagen,
- f) Offene Schädel-Hirn-Verletzung oder Schädel-Hirn-Trauma,
- g) Multiple Sklerose,
- h) Operationen am Gehirn,
- i) Operationspflichtiges Aortenaneurysma (Erweiterung der Hauptschlagader),
- j) Verbrennungen III. Grades von mindestens 15 % der Hautoberfläche,
- k) Organtransplantation: Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse oder des Knochenmarks eines Fremdspenders,
- l) AIDS und HIV,
- m) Koma oder Wachkoma.

Leistungsvoraussetzung ist die ärztliche Verordnung einer Krankenhausbehandlung aufgrund einer der unter den Nummern II. 1. B. Buchst. a bis m aufgeführten Krankheiten und Therapien. Die Leistungspflicht für die dort genannten Krankheiten und Therapien entfällt, wenn die zugehörige Diagnose bereits vor Versicherungsbeginn gestellt wurde.

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 jedoch im Verlauf der Krankenhausbehandlung heraus, dass keine der unter den Nummern II. 1. B. Buchst. a bis m genannten Erkrankungen vorliegt bzw. keine der dort genannten Therapien notwendig sind, endet die Leistungspflicht mit Ablauf des dritten Tages, nach dem die endgültige Diagnose gestellt wurde. Der Versicherer ist unverzüglich über die geänderte Diagnose zu informieren.

2. Krankenhaustagegeld:

Bei einem Verzicht auf Kostenerstattung versicherter Leistungen wird pro Behandlungstag ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe gezahlt:

- bei Verzicht auf die Erstattung für die bessere Unterkunft (Ein- und Zweibettzimmer) 30 EUR,
- bei Verzicht auf die Erstattung für privatärztliche stationäre Behandlung 20 EUR.

3. Ende des Versicherungsschutzes:

Der Vertrag endet am 31.12. des 10. Versicherungsjahres, ohne dass es einer Kündigung bedarf. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr.

4. Option:

Der Versicherungsnehmer erhält für jede versicherte Person das Recht, innerhalb von 6 Wochen vor und nach Beendigung des Tarifs clinic A gemäß Nummer II. 3. in eine Versicherung zu wechseln, die vollständige stationäre Wahlleistungen umfasst (Ein- oder Zweibettzimmer, Chefarztbehandlung). Der Risikozuschlag des neuen Tarifs ist bei Ausübung der Option auf 100 % des dann zu zahlenden Beitrags begrenzt. Für den neuen Tarif verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß § 14 (1) Satz 1 AVB/KS bzw. § 14 (2) MB/KK 2009.

III. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Tarifbedingungen.