

Tarif bKV-Klinik Stationärer Ergänzungstarif

Produktlinie bKV

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Stationäre Heilbehandlung in Deutschland

- 100 % freie Krankenhauswahl
- 100 % wahlärztliche Behandlung
- 100 % Zweibettzimmer
- 100 % Einbettzimmer
(45 EUR Selbstbeteiligung je Tag, entfällt bei Unfall)
- 40 EUR Krankenhaustagegeld
(vorausgesetzt es wird keinerlei Kostenerstattung der vorgenannten Leistungen beansprucht)
- 100 % privatärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen, die eine stationäre Behandlung ersetzen
- 100 % gesetzliche Zuzahlung

Stationäre Heilbehandlung im Ausland nach Unfall bzw. bei akut aufgetretenen Erkrankungen

- 100 % Krankenhausbehandlung und Krankentransport zum Krankenhaus
- 100 % Rückführungskosten
- 100 % Bestattungskosten/Überführungskosten

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil II.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil II:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu Teil I Abschnitt A § 4 und § 5 sowie Abschnitt B I Nr. 2)

- 1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland
 - 1.1 Ärztliche Leistungen
 - 1.2 Stationäre Unterbringung
 - 1.3 Krankenhauswahl
 - 1.4 Krankenhaustagegeld
 - 1.5 Ambulante Operationen
 - 1.6 Gesetzliche Zuzahlungen
- 2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland
 - 2.1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus
 - 2.2 Krankentransport zum Krankenhaus
 - 2.3 Rückführungskosten
 - 2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil II

Der Tarif bKV-Klinik gilt in Verbindung mit Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/bKV 2014):

Teil I Abschnitt A: Allgemeiner Teil

Teil I Abschnitt B I: Besonderer Teil für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu Teil I Abschnitt A § 1)

Der Tarif bKV-Klinik kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehen.

Weitere Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit ist, dass die versicherte Person als Mitarbeiter/in in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung im Rahmen eines geltenden Kollektivvertrages versicherbar ist.

Entfällt eine dieser Voraussetzungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif bKV-Klinik.

2 Wartezeiten (zu Teil I Abschnitt A § 3)

Für den Tarif sind keine Wartezeiten zu erfüllen.

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu Teil I Abschnitt A § 4 und § 5 sowie Abschnitt B I Nr. 2)

1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland

Erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1.1 bis B 1.3 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Deutschland, die in Abschnitt B 1.5 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen, eine stationäre Behandlung ersetzenden ambulanten Operation sowie die gesetzlichen Zuzahlungen nach Abschnitt B 1.6.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 % ersetzt.

Wird keine Kostenerstattung nach Abschnitt B 1.1 bis B 1.3 beansprucht, so wird ein Krankenhaustagegeld nach Abschnitt B 1.4 gezahlt.

1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), die im Zusammenhang mit einer erstattungsfähigen Heilbehandlung steht, sind nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

1.2 Stationäre Unterbringung

Erstattungsfähig sind die Kosten im Sinne der Bundespflege-satzverordnung (BPfV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

Wird ein Zuschlag für die Inanspruchnahme eines Einbettzimmers berechnet, wird für jeden Tag der Krankenhausbehandlung, an dem dieser Zuschlag erhoben wird, eine Selbstbeteiligung von 45 EUR abgezogen. Die Selbstbeteiligung entfällt, sofern es sich um einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt handelt.

Ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

Als Unfall im Sinne dieser Bedingungen gilt darüber hinaus jedes Ereignis, das die Voraussetzungen des Unfallbegriffs der privaten Unfallversicherung des Tarifwerks 2011 der SIGNAL IDUNA (SIGNAL IDUNA AUB 2011) erfüllt.

1.3 Krankenhauswahl

Erstattungsfähig sind die Mehrkosten im Sinne der BPfIV bzw. des KHEntgG, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt und es sich sowohl beim Krankenhaus der ärztlichen Einweisung als auch beim gewählten Krankenhaus um Krankenhäuser handelt, welche gemäß § 108 SGB V für die GKV zugelassen sind und mit denen gemäß § 109 SGB V ein Versorgungsvertrag geschlossen wurde.

Krankentransportkosten zum und vom Krankenhaus, welche im Rahmen der Krankenhauswahl verbleiben, sind bis zu einem Gesamtbetrag von 250 EUR je Krankenhausaufenthalt nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

1.4 Krankenhaustagegeld

Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kostenerstattung gemäß

- Abschnitt B 1.1 und B 1.3 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 25 EUR,
- Abschnitt B 1.2 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 15 EUR.

Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

1.5 Ambulante Operationen

Erstattungsfähig sind die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen

- einer eine stationäre Behandlung ersetzenden ambulanten Operation sowie
- der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen im Krankenhaus.

Von der Erstattungspflicht erfasst sind Operationen, die im gemäß § 115b SGB V erstellten Katalog unter Kategorie 2 aufgeführt sind. Voraussetzung für die Leistung ist, dass die ambulante Operation in einem nach Abschnitt B 1.3 anerkannten Krankenhaus, von einem dort angestellten liquidationsberechtigten Ober- oder Chefarzt bzw. für dieses Krankenhaus dauerhaft tätigen Belegarzt durchgeführt wird.

Der Versicherer ist im Vorfeld über die geplante, eine stationäre Behandlung ersetzende ambulante Operation in Kenntnis zu setzen.

1.6 Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattungsfähig sind die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für die ersten 28 Tage (pro Kalenderjahr) eines stationären Krankenhausaufenthaltes (§ 39 Abs. 4 SGB V).

2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland

Erstattet werden bei Heilbehandlung im Ausland die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten gemäß Abschnitt B 2.1 und B 2.2 für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung und Krankentransport sowie die in Abschnitt B 2.3 genannten erstattungsfähigen Kosten eines medizinisch notwendigen Krankentransports bzw. bei Tod der versicherten Person die erstattungsfähigen Bestattungs- und Überführungskosten nach Abschnitt B 2.4.

Als Ausland gelten alle Länder der Erde mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland sowie des jeweiligen Staatsgebietes, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

Zu den erstattungsfähigen Leistungen für Heilbehandlung im Ausland zählen die Kosten aufgrund eines Unfalls oder akut aufgetretene Erkrankungen für:

2.1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung kann die versicherte Person Leistungen von Krankenhäusern in Anspruch nehmen, die unter ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach in der Bundesrepublik Deutschland oder im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

2.2 Krankentransport zum Krankenhaus

Erstattungsfähig sind die Kosten für den notwendigen Krankentransport in das nächstliegende Krankenhaus im Sinne von Abschnitt B 2.1.

2.3 Rückführungskosten

Für eine aus medizinischen Gründen notwendige und ärztlich angeordnete Rückführung der versicherten Person (nicht der Begleitperson) an deren ständigen Wohnsitz oder - sofern wegen der Art der Erkrankung oder Verletzung erforderlich - an einen anderen Ort innerhalb der Bundesrepublik Deutschland werden Mehrkosten erstattet, die durch die vom Arzt angeordnete Art des Rücktransportes entstehen.

Medizinisch notwendig ist eine Rückführung dann, wenn am Aufenthaltsort im Ausland oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Versorgung nicht möglich ist und deshalb eine weitere Gesundheitsschädigung befürchtet werden muss.

Sofern sich der Versicherte im Ausland in einem Krankenhaus in stationärer Behandlung befindet, werden auch bei nicht ausreichend begründeter medizinischer Notwendigkeit des Rücktransportes die Mehrkosten dann erstattet, wenn wegen der Schwere der Erkrankung oder Verletzung die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Ausland einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Mehrkosten der Rückführung übersteigen würden.

2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten

Beim Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung im Ausland oder der Überführung an deren ständigen Wohnsitz bis zu einer Höhe von 11.000 EUR erstattet.