

Tarif AOK-KlinikPRIVAT/2

Stationäre Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Es gelten die AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

I. Versicherungsleistungen

1. Erstattungsfähig sind
 - die vom Krankenhaus berechneten Kosten und die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen
 - a) für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Heilbehandlungen*) einschließlich Entbindungen (stationäre Behandlung),
 - b) für ambulante Operationen
 in einem nach den AVB/VT anerkannten Krankenhaus.
 - die Kosten für gesondert berechnete Unterkunft im Zweibettzimmer.

Bei Unterbringung in einem Einbettzimmer ist der Unterschiedsbetrag zwischen den Unterbringungszuschlägen für das Ein- und das Zweibettzimmer nicht erstattungsfähig.

Berechnet das Krankenhaus nur Zuschläge für Einbettzimmer, sind diese nicht erstattungsfähig.

2. Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung eine Leistung, werden die erstattungsfähigen Kosten ersetzt mit

100 %

abzüglich der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen.

3. Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistung, werden

- a) bei stationären Behandlungen die Versicherungsleistungen nach Nummer 2 des Tarifs nach Abzug der allgemeinen Krankenhausleistungen festgesetzt,

- b) bei ambulanten Operationen die erstattungsfähigen Kosten mit

50 %

ersetzt.

4. Für jeden Tag der vollstationären Unterbringung in einem Mehrbettzimmer wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

21 EUR

geleistet.

Dies gilt auch bei Unterbringung in einem Zweibettzimmer ohne Unterbringungszuschlag und ohne gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

5. Dient der stationäre Aufenthalt überwiegend der psychotherapeutischen Behandlung, werden Leistungen nicht erbracht.

6. Arzt- und Zahnarztkosten sind insoweit erstattungsfähig, als sie nach den in der GOÄ oder GOZ festgelegten Grundsätzen berechnet werden. In medizinisch begründeten Fällen werden Honorarvereinbarungen über die Höchstsätze der GOÄ oder GOZ hinaus für Operationsleistungen einschließlich Anästhesieleistungen in angemessener Höhe als erstattungsfähig anerkannt.

II. Sonstige Tarifbedingungen

1. Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den AVB/VT.
2. Aufnahmefähig sind Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.
3. Endet die gesetzliche Krankenversicherung, so kann der Versicherte unter Anrechnung der bisherigen Versicherungszeiten in eine Krankheitskostenvollversicherung des Versicherers übertreten.

Wird der Versicherungsschutz nicht erhöht oder erweitert, nimmt der Versicherer den Antrag ohne neue Risikoprüfung an.

Der Übertritt ist innerhalb von drei Monaten seit Beendigung der gesetzlichen Krankenversicherung zu beantragen. Die Versicherung nach dem neuen Tarif muss in unmittelbarem Anschluss an die gesetzliche Krankenversicherung beginnen.

III. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.
2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Geschlecht und Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8a AVB/VT.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch

*) Vor- und nachstationäre Heilbehandlung im Sinne von § 115 a SGB V.