

Ergänzungsversicherung

**für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung
oder
für Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge**

Tarif KlinikGesund Premium 539

Versicherungsschutz für stationäre Heilbehandlung

Diese Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung

A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Abweichend von § 1 Abs. 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Zusatzversicherung ohne Rückstellungsbildung (AVB) sind aufnahme- und versicherungsfähig nach Tarif KlinikGesund Premium 539 Personen, für die ein Leistungsanspruch bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder auf freie Heilfürsorge besteht.

B. Wartezeiten

Die Wartezeiten in der Krankheitskostenversicherung gemäß § 3 AVB entfallen.

C. Leistungen des Versicherers

Die versicherte Person hat freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern gemäß § 4 Abs. 4 AVB. Sofern die stationäre Behandlung in einer Krankenanstalt im Sinne von § 4 Abs. 5 AVB durchgeführt wird, bedarf dies der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Versicherers, soweit dies nicht nach Buchstabe C.3 d) entbehrlich ist.

Leistet die gesetzliche Krankenversicherung bzw. freie Heilfürsorge vor, wird dieser Betrag von den erstattungsfähigen Kosten in Abzug gebracht.

1. Stationäre und teilstationäre Heilbehandlung

Erstattet werden die Kosten für vereinbarte und gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- und Zweibettzimmer sowie gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung (Wahlleistungen) und belegärztliche Behandlung wie folgt

- Zuschlag für Unterbringung im Einbettzimmer / Zweibettzimmer zu 100 %
- privatärztliche Behandlung, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf zu 100 %
- belegärztliche Behandlung, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf zu 100 %

Unter die erstattungsfähigen Kosten gemäß Satz 1 fallen auch stationäre psychoanalytische oder psychotherapeutische Behandlung sowie Anschlussheilbehandlung.

Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung privatärztlicher oder belegärztlicher Behandlung erhält die versicherte Person

- ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 60 Euro

Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistungen für gesondert berechenbare Unterkunft erhält die versicherte Person

- ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 40 Euro

2. Ambulante Operationen und vor- und nachstationäre Behandlung

- a) Für ambulante Operationen werden die gesondert berechenbaren privatärztlichen und belegärztlichen Leistungen sowie Sachkosten zu 100 % erstattet, wenn die ärztlichen Leistungen durch einen liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt im Krankenhaus erbracht werden. Es wird empfohlen, die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. im Vorfeld über die geplante ambulante Operation zu informieren.
- b) Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. einer ambulanten Operation anfallende medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation (gemäß Buchstabe C.2 a) sind im Zeitraum 5 Tage vor Beginn und 14 Tage nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation zu 100 % erstattungsfähig.
- c) Nicht erstattungsfähig sind Kosten für ambulant im Krankenhaus durchgeführte Zahnbehandlungs- und Zahnersatzmaßnahmen sowie kieferorthopädische Maßnahmen.

3. Weitere Kosten in Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung auch die Kosten für

- a) medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus innerhalb Deutschlands bis maximal 300 Euro je Aufenthalt,
- b) medizinisch notwendiges Rooming-In (gesondert berechenbare Kosten für die Begleitperson),
- c) durch das Krankenhaus in Rechnung gestellte Komfortleistungen (verbesserte Verpflegung durch das Krankenhaus, Bereitstellungskosten für Telefonanschluss, WLAN, TV und Radio).
- d) Abweichend von § 4 Abs. 5 AVB beruft sich der Versicherer auf die fehlende vorherige schriftliche Leistungszusage nicht, wenn
 - es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
 - eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung deshalb durchgeführt wird, weil während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auftritt, die einer sofortigen stationären Behandlung bedarf oder
 - ausschließlich eine oder mehrere medizinisch notwendige Operationen durchgeführt werden, die in jedem Krankenhaus, das die Voraussetzungen von § 4 Abs. 4 AVB erfüllt, in der gleichen Art und Weise hätten durchgeführt werden können.

4. Leistung bei vollstationären Kur- und Reha-Maßnahmen

Nicht erstattungsfähig sind die anlässlich von Kuren (und Entziehungskuren) sowie Rehabilitationsmaßnahmen entstehenden Kosten gemäß Buchstabe C.1 bis C.3, auch wenn sie von einem in § 4 Abs. 2 AVB genannten Behandelnden verordnet sind.

Für eine Kur wird ein Kurtagegeld in Höhe von 50 Euro bis zu 28 Tage je Versicherungsjahr erstattet, wenn eine stationäre Heilbehandlung vorausgegangen ist und die Maßnahme binnen 14 Kalendertagen nach der Entlassung begonnen wurde. Dieser Anspruch besteht, soweit nicht aus Buchstabe C.1 bis C.3 geleistet wird.

5. Leistung im Ausland

Soweit die Inanspruchnahme der Versicherungsleistung im Ausland nicht alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt des Auslandsaufenthaltes war, sind die versicherten Leistungen gemäß Buchstabe C.1 bis C.4 erstattungsfähig. Die Erstattung ist begrenzt auf die Höhe der Kosten, die bei einer medizinisch notwendigen Behandlung in Deutschland entstanden wären.

Kann im Versicherungsfall die Kostenerstattung oder anderweitige Entschädigung von einem Dritten beansprucht werden, geht dieser Anspruch der Leistungsverpflichtung nach den Vereinbarungen dieses Tarifs vor. Das gilt auch in den Fällen, in denen mit dem Dritten ebenfalls ein nachrangiger Leistungsanspruch vereinbart ist. Dritte können zum Beispiel die Gesetzliche Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, andere Versicherer oder sonstige Dritte sein.

D. Einschränkung der Leistungspflicht

Ist die Versicherte bei Stellung des Versicherungsantrages schwanger und ist dies bereits ärztlich festgestellt, sind abweichend von § 1 Abs. 2 Satz 4 a) AVB alle Leistungen im Zusammenhang mit dieser Schwangerschaft ausgeschlossen. Insbesondere wird keine Leistung erbracht

- für die Behandlung der Schwangerschaft,
- für die Entbindung und
- für die Behandlung von Komplikationen während der Schwangerschaft und Entbindung.

E. Vertragsdauer, Obliegenheiten

1. Abweichend von § 11 Abs. 1 AVB kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 24 Monaten, mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Versicherungsjahres kündigen.
2. Ergänzend zu § 11 AVB endet das Versicherungsverhältnis nach Tarif KlinikGesund Premium 539 spätestens mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 59. Lebensjahr vollendet hat.
3. Das Ende der GKV-Mitgliedschaft bzw. das Ende des Anspruchs auf freie Heilfürsorge hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer unverzüglich unter Vorlage entsprechender Nachweise anzuzeigen.

F. Tarifumstellung

1. Der Tarif KlinikGesund Premium 539 ist ohne Rückstellung für das Alter kalkuliert.
Der Versicherungsnehmer kann den Tarif KlinikGesund Premium 539 jederzeit in den Tarif KlinikGesund AR Premium 739 umstellen, der mit Alterungsrückstellung kalkuliert ist. Dadurch erhöht sich der Beitrag.
2. Im Falle einer Umstellung wird der Tarif KlinikGesund AR Premium 739 ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeit vereinbart. Bisher gegebenenfalls vereinbarte Risikozuschläge passen wir bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge an. Bisher gegebenenfalls vereinbarte Leistungsausschlüsse oder Leistungseinschränkungen werden übernommen. Der Beitrag für den neuen Tarif richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Umstellung erreichten Lebensalter.
3. Mit Vollendung des 55. Lebensjahres wird der Tarif KlinikGesund Premium 539 unter Beachtung von Buchstabe F.2 automatisch zum 1. Januar des nächsten Jahres in den Tarif KlinikGesund AR Premium 739 umgestellt. Wünscht der Versicherungsnehmer keine Umstellung, kann er dieser innerhalb von drei Monaten rückwirkend zum Zeitpunkt der Umstellung widersprechen. In diesem Fall wird der Tarif KlinikGesund Premium 539 bis maximal zur Vollendung des 59. Lebensjahres fortgeführt.

Spätestens mit Vollendung des 59. Lebensjahres wird der Tarif KlinikGesund Premium 539 zum 1. Januar des nächsten Jahres unter Beachtung von Buchstabe F.2 automatisch in den Tarif KlinikGesund AR Premium 739 umgestellt. Wünscht der Versicherungsnehmer keine Umstellung des Tarifs, kann er diesen innerhalb von drei Monaten rückwirkend zum Zeitpunkt der Umstellung kündigen. In diesem Fall endet der Tarif KlinikGesund Premium 539.

Rechtzeitig vor jeder automatischen Tarifänderung informiert der Versicherer schriftlich über die Umstellung.

G. Beitragsraten

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Zu Beginn der Versicherung ist der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Personen entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Für Personen, die das 5., 15., 20., 25., 30., 35., 40., 45., 50., 55. Lebensjahr vollendet haben, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.