

FlexMed Stationär Komfort als Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II : Krankheitskosten

Tarif

FlexMed Stationär Komfort (GVNR)

A. Leistungen des Versicherers

(1) Stationäre Behandlung

Die folgenden Leistungen sind erstattungsfähig, wenn die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für die allgemeine Krankenhausleistung vollständig übernimmt.

100% der verbleibenden erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung einschließlich Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen wegen Krankheit, Unfallfolgen, Schwangerschaft und Entbindung in einem Krankenhaus in Deutschland, das nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnet (ergänzend zu § 3 Abs. 4 FlexMed (ohne FlexMed Privat)). Wünschen Sie eine Behandlung in einem anderen Krankenhaus, besteht ein Anspruch auf Erstattung nur, wenn und soweit wir dies vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben.
Bei einer notfallmäßigen Einweisung ist eine schriftliche Zusage nicht erforderlich.

Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- gesondert berechenbare Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer, sowie vom Krankenhaus gesondert berechenbare Zuschläge für Komfortleistungen bei Inanspruchnahme eines Ein- oder Zweibettzimmers (z.B. Verpflegung, Bereitstellung eines Telefons und/ oder eines Fernsehers), die der Höhe nach und im Umfang der gemeinsamen Empfehlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und des Verbandes der Privaten Krankenversicherung entsprechen bei Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer.
- privatärztliche Heilbehandlung – die Kosten für vom liquidationsberechtigtem Arzt persönlich erbrachte Leistungen werden im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet, wenn eine "abweichende Vereinbarung" gemäß § 2 GOÄ getroffen wurde.
- Mehrkosten, die gegebenenfalls nach § 39 Absatz 2 SGB V anfallen, weil die versicherte Person ein anderes als in der Einweisung genanntes Krankenhaus wählt.
- Belegärzte

100 % der verbleibenden erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung für eine ambulante Operation in einem Krankenhaus in Deutschland, das nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnet (ergänzend zu § 3 Abs. 4 FlexMed (ohne FlexMed Privat)), die im gemäß § 115b SGB V erstellten Katalog unter Kategorie 2 aufgeführt sind.

Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- privatärztliche Heilbehandlung die Kosten für vom liquidationsberechtigtem Arzt persönlich erbrachte Leistungen im tariflichen Rahmen auch ohne vorherige Zusage bis zum 5-fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige, individuelle "abweichende Vereinbarung" gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde.
- Belegärzte
- sowie je eine im Zusammenhang mit der ambulanten Operation stehende Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus.

100% der verbleibenden erstattungsfähigen Kosten nach Vorleistung einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung für einen medizinisch notwendigen Transport zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

(2) Zusatzleistungen für eine Begleitperson bei stationärer Behandlung von Kindern	<p>Aus der Versicherung eines Kindes werden Kosten erstattet, die durch die Unterkunft für eine Begleitperson entstehen. Voraussetzungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Kind hat das 5. Lebensjahr noch nicht vollendet. 2. Die Kosten der Unterkunft der Begleitperson sind nicht mit den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß des Krankenhausentgeltgesetzes bzw. der Bundespflegeverordnung abgegolten. <p>Die Kosten werden für längstens 5 Tage gezahlt und werden je Tag bis zum zweifachen Satz der Wahlleistung für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattet.</p>
(3) Ersatzleistungen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Die Ersatzleistung beträgt pro Tag bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterbringung 40,- Euro. 2. Die Ersatzleistung beträgt pro Tag bei Verzicht auf die privatärztliche Behandlung 20,- Euro. <p>Für Kinder bis zum 01.01. des Jahres, in dem diese das 20. Lebensjahr vollenden, reduziert sich die Ersatzleistung auf 50 % der genannten Beträge.</p>
B. Beiträge	<p>Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem jeweils erreichten Alter der versicherten Person. Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem aktuellen Jahr und dem Geburtsjahr.</p>
C. Versicherungsfähigkeit	<p>Versicherungsfähig sind Personen, die</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mitarbeiter/innen der Versicherungsnehmerin die unter den in § 1 des Gruppen (-rahmen) Vertrages bezeichneten Personenkreis fallen und Mitglieder einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind. 2. Familienangehörige (Ehegatten/Kinder sowie diesen gesetzlich gleichgestellte Personen) dieser Mitarbeiter/innen, die Mitglieder oder Familienversicherte einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung sind, sofern der Rahmenvertrag dies vorsieht. <p>Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person bei Wegfall einer der genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist, sofern der Rahmenvertrag nichts anderes vorsieht.</p> <p>Die Versicherungsnehmerin und/oder die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person haben dem Versicherer den Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit unverzüglich in Textform anzuzeigen.</p>
D. Wartezeiten	<p>Für Personen nach C.2. gilt für Entbindungen eine Wartezeit von 8 Monaten - gerechnet vom Versicherungsbeginn an.</p>
E. Leistungsausschlüsse	<p>Die im Tarif genannten Prozentsätze beziehen sich stets auf den erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.</p>

Gültig in Verbindung mit den Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhausentgeltversicherung für die Tarifrheie FlexMed (ohne FlexMed Privat) (AVB Teil I), gültig ab 07.2016.

Gültig ab 09.2015