

Tarifbedingungen der BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG für die Ergänzungsversicherung nach Tarif V.I.P. stationär Smart

(gültig nur zusammen mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG für die Krankheitskostenversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung und Kurtagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB))

(Stand 01.12.2012)

§ 1 Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif V.I.P. stationär Smart können Personen versichert werden, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder freie Heilfürsorge beziehen. Ferner sind Personen versicherbar, welche in der Privaten Krankenversicherung (PKV) einen stationären Versicherungsschutz unterhalten, der Leistungen nur in Höhe der Allgemeinen Krankenhausleistungen (Regelleistung) vorsieht. Endet die Versicherung in der GKV/PKV/freien Heilfürsorge oder wird eine höherwertige Private Krankenversicherung (Wahlleistung Unterbringung) abgeschlossen, so endet die Versicherung nach Tarif V.I.P. stationär Smart für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der GKV/freien Heilfürsorge oder der bisherige Versicherungsschutz in der PKV fortfällt.

Hinweis für Personen, welche nicht in der GKV versichert sind:

Arbeitnehmer, die in der PKV versichert sind, erhalten einen Arbeitgeberzuschuss zur Krankenversicherung. Der Gesetzgeber hat festgelegt, unter welchen Voraussetzungen der Arbeitgeberzuschuss für privat Versicherte gezahlt wird (SGB V). Der Tarif V.I.P. stationär Smart erfüllt diese Voraussetzungen nicht.

§ 2 Versicherte Aufwendungen

Versicherungsschutz nach Tarif V.I.P. stationär Smart besteht bei Vorliegen folgender Erkrankungen:

- Akuter Herzinfarkt inkl. notwendiger Herzkatheterinterventionen und operativer Maßnahmen (z.B. Bypass-Operationen),
- Bösartiger Tumor (Krebs) einschließlich Leukämie und verwandte Formen von Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks,
- Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflicht,
- Hirnblutung oder akuter Hirninfarkt (Schlaganfall),
- Knochenmarksversagen,
- Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata),
- Operationen am Gehirn (z.B. auch bei gutartigen Neubildungen),
- Operationspflichtiges Aortenaneurysma (Erweiterung der Hauptschlagader),
- Organtransplantationen: Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge, Niere, Bauchspeicheldrüse oder des Knochenmarks eines Fremdspenders,

Die Aufwendungen werden dann ersetzt, wenn eine der aufgeführten schweren Erkrankungen erstmals nach Beginn der Versicherung in Tarif V.I.P. stationär Smart ärztlich diagnostiziert wird. Sofern die Diagnose der Erkrankung erst im Rahmen einer eingeleiteten stationären Therapie sicher gestellt werden kann, ist ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht für den Anspruch auf Leistungen nach Tarif V.I.P. stationär Smart bis zur Sicherstellung der endgültigen Diagnose ausreichend. Stellt sich im Behandlungsverlauf heraus, dass keine der genannten Erkrankungen vorliegt, endet die Leistungspflicht des Versicherten spätestens mit Ablauf des dritten Tages nach Stellung der endgültigen Diagnose.

Besondere Obliegenheit:

Der Versicherte hat den Versicherer unverzüglich über die Änderung der Diagnose zu informieren (vgl. § 9 Abs. 5 AVB).

Weiterhin besteht Versicherungsschutz aufgrund eines Unfalls.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

- a) Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit oder Einnahme von Rauschmitteln beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

- b) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

- c) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

- d) Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausübenden beruflichen Tätigkeit;
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

- e) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

- f) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

- g) Unfälle durch die Ausübung von Extremsportarten wie z. B.: Drachenfliegen, Gleitschirmfliegen, Freitauchen, Base Jumping, Freeclimbing, Boxen, Thai-, Kickboxen und Vollkontaktkarate sowie andere, ebenso risikoreiche Sportarten.

Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

- h) Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis die überwiegende Ursache ist.

- i) Gesundheitsschäden durch Strahlen.

- j) Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

- k) Infektionen.

Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie

- durch Insektenstiche oder -bisse oder
- durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen.

Versicherungsschutz besteht jedoch für

- Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht explizit nach dieser Ziffer ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.

Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer j) Satz 2 entsprechend.

l) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt des Unfalles das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel.

m) Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

n) Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

o) Behandlungen infolge von Unfällen, die sich vor Vertragsabschluss ereignet haben.

Unter den genannten Voraussetzungen ersetzt der Versicherer im vereinbarten Umfang Aufwendungen für:

2.1 Unterkunft

Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für gesondert berechenbare Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer.

Werden keine zusätzlichen Aufwendungen für ein Zweibettzimmer geltend gemacht, wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 Euro gezahlt.

2.2 Privatärztliche Behandlung

Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung).

Werden keine zusätzlichen Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen geltend gemacht, wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 Euro gezahlt.

2.3 Begleitperson bei Kindern

Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eines Elternteils, wenn dieser als Begleitperson neben einem versicherten Kind, das das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, stationär aufgenommen wird, soweit sie nicht von der GKV/PKV/freien Heilfürsorge zu tragen sind.

2.4 Vor- und nachstationäre Behandlung

Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115 a SGB V, soweit sie nicht von der GKV/PKV/freien Heilfürsorge zu tragen sind.

Vorstationäre Behandlung ist die Behandlung zur Klärung der Erforderlichkeit oder zur Vorbereitung einer vollstationären Krankenhausbehandlung. Nachstationäre Behandlung ist die Behandlung zur Sicherung oder Festigung des Behandlungserfolges im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung.

Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der vollstationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten.

2.5 Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung

Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen für die ambulant unmittelbar vor oder nach einer ersatzpflichtigen vollstationären Krankenhausbehandlung durchgeführte einmalige Aufnahme- und Abschlussuntersuchung durch den liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt, soweit sie nicht von der GKV/PKV/freien Heilfürsorge zu tragen sind.

2.6 Ambulante Operationen

Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für ambulante Operationen im Krankenhaus nach § 115 b SGB V, soweit sie nicht von der GKV/PKV/freien Heilfürsorge zu tragen sind.

2.7 Allgemeine Krankenhausleistungen

Ersetzt werden 100% der Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses, soweit sie nicht von der GKV/PKV/freien Heilfürsorge zu tragen sind. Erbringt die bestehende Versicherung keine Leistungen, werden Aufwendungen nicht ersetzt.

Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen sind insbesondere Krankenhauskosten (Unterbringung und Verpflegung), Krankenhausnebenkosten, Behandlerkosten sowie die Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspfleger.

2.8 Transportkosten

Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für einen Krankentransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, soweit sie nicht von der GKV/PKV/freien Heilfürsorge zu tragen sind, bis maximal 200 Euro pro Krankenhausaufenthalt.

2.9 Ausland

Bei stationärer Behandlung in Krankenhäusern im Ausland besteht Versicherungsschutz ausschließlich für die Leistungen nach den Ziffern 2.1 bis 2.4 und 2.8. Der Ersatz von Aufwendungen für ein Zweibettzimmer und für vereinbarte privatärztliche Behandlung ist begrenzt auf die Aufwendungen, die bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen eines vergleichbaren geeigneten Krankenhauses in Deutschland, das nach der BpflV oder nach dem KHEntgG abrechnet, entstanden wären.

§ 3 Sonstige Bestimmungen

Die Aufwendungen für gesondert berechnete privatärztliche Leistungen werden ersetzt, soweit sie gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet sind. Der Ersatz der Aufwendungen ist nicht auf die in der Gebührenordnung aufgeführten Höchstsätze begrenzt.

Die Leistungen der GKV/freien Heilfürsorge (Ziffern 2.3 bis 2.9) bzw. der PKV (Ziffern 2.2 bis 2.9) müssen auf den eingereichten Kostenbelegen bestätigt und die Höhe angerechneter Leistungen aus einem vereinbarten Selbstbehalt nach § 53 SGB V angegeben sein.

Vereinbarte Selbstbehalte nach § 53 SGB V gelten als Leistungen der bestehenden Versicherung und werden nicht ersetzt.

§ 4 Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV/PKV/freien Heilfürsorge oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Ärzte, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifes V.I.P. stationär Smart haben, ist der Versicherer berechtigt, die Tarifbestimmungen nach Maßgabe von § 18 AVB den veränderten Verhältnissen anzupassen.

§ 5 Optionsrecht

Der Versicherungsnehmer kann für nach Tarif V.I.P. stationär Smart versicherte Personen, die diese Versicherung erstmalig abgeschlossen haben und die bei Beginn der Versicherung das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, verlangen, dass der Versicherer Anträge auf Umstellung des Versicherungsverhältnisses in Tarif V.I.P. stationär Komfort oder in Tarif V.I.P. stationär Prestige ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten annimmt. Die Umstellung kann jeweils mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf des 3. oder 6. Versicherungsjahres verlangt werden. Das für die Umstellung maßgebliche erste Versicherungsjahr beginnt dabei frühestens in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet. Der vom Umstellungstermin an zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Alter der versicherten Person (siehe § 8a Absatz 3 S. 4 AVB). Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Umstellung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Umstellung bestehen. Soweit bei Abschluss von Tarif V.I.P. stationär Smart Leistungsausschlüsse, Beitragszuschläge oder deren prozentuale Erhöhung zusätzlich für den Fall der Optionsausübung vereinbart sind, gelten diese ab dem Zeitpunkt der Umstellung.