

## Wesentliche Merkmale des Tarifs bKV-K, ZbKV-K und ZbKVA-K

### Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung im Einbettzimmer (Tarifstufe I) oder im Zweibettzimmer (Tarifstufe II)
- 100% Kostenerstattung für privatärztliche Behandlung
- 100% Kostenerstattung für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung
- 100% Kostenerstattung für eine Begleitperson bei Kindern
- 100% Kostenerstattung für Krankentransport

## Tarif bKV-K, ZbKV-K und ZbKVA-K (Krankenhaus) Krankheitskosten-Zusatzversicherung Fassung Mai 2014

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, sowie in den Tarifen bKV/Gruppe in Verbindung mit den Zusatzbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenzusatzversicherung nach bKV-Tarifen und in den Tarifen ZbKV- und ZbKVA/Gruppe mit den Zusatzbedingungen für die Krankenzusatzversicherung nach ZbKV- und ZbKVA-Tarifen.

### I. Versicherungsfähigkeit

#### 1. Versicherungsfähigkeit in der Gruppenversicherung

##### 1.1 Tarif bKV-K/Gruppe

Versicherungsfähig sind alle Personen, sofern sie als Mitarbeiter/-in in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind (bKV-K-Mitarbeiter).

##### 1.2 Tarif ZbKV-K/Gruppe

Versicherungsfähig sind - soweit im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar -

- a) Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder eines bKV-K-Mitarbeiters solange der bKV-K-Mitarbeiter nach Tarif bKV-K versichert ist,
- b) Mitarbeiter/innen die nicht in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung versicherbar sind und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder,
- c) Rentner und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder.
- d) Mitglieder des Versicherungsnehmers und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Lebensgefährten und Kinder.

##### 1.3 Tarif ZbKVA-K/Gruppe

Versicherungsfähig sind - soweit im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar -

- a) Personen, die in den Tarifen bKV-K oder ZbKV-K versichert sind, sofern sie gleichzeitig mit Tarif ZbKVA-K die „Sonderbe-

dingungen für die Weiterversicherung nach ZbKVA-K“ versichern,

- b) Personen, die eine Altersrente beziehen und im unmittelbaren Anschluss an eine Versicherung in den Tarifen bKV-K oder ZbKV-K in den Tarif ZbKVA-K wechseln,

- c) Personen, die keine Anwartschaften auf eine Altersrente erworben, jedoch das gesetzliche Rentenalter erreicht haben und im unmittelbaren Anschluss an eine Versicherung in den Tarifen bKV-K oder ZbKV-K in den Tarif ZbKVA-K wechseln.

#### 2. Versicherungsfähigkeit in der Einzelversicherung

##### 2.1 Tarif ZbKV-K

Versicherungsfähig sind alle Personen, die im unmittelbaren Anschluss auf den Verlust der Versicherungsfähigkeit nach 1.1 oder 1.2 ihr Weiterversicherungsrecht in der Einzelversicherung in Anspruch nehmen.

##### 2.2 Tarif ZbKVA-K

Für die Versicherungsfähigkeit in der Einzelversicherung gilt 1.3 a) bis c) entsprechend.

### II. Versicherungsleistungen

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf stationäre Heilbehandlungen in der Bundesrepublik Deutschland.

Die Versicherungsleistungen werden erbracht, sofern sie nicht aus einem anderen Versicherungsvertrag beansprucht werden können. Leistungen die andere Kostenträger zu erbringen haben, sind zunächst in voller Höhe in Anspruch zu nehmen und nachzuweisen (Subsidiarität).

Der Versicherer leistet

- bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern sowie in Tbc-Heilstätten und Tbc-Sanatorien,
- bei Vorsorgeuntersuchungen, wenn diese aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen,
- bei einem Krankenhausaufenthalt wegen Schwangerschaft und Entbindung.

Bestehende Selbstbehalte in der privaten Krankenversicherung (PKV) sind nicht erstattungsfähig.

**1. Erstattungsfähig sind die Kosten für**

**1.1 Wahlleistungen**

1.1.1 In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen die Kosten für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (angemessener Zuschlag zum Pflegesatz einschließlich Telefonbereitstellungs-, Radio- und Fernsehanschlussgebühren) und die Kosten für die gesondert vereinbarte und berechenbare privatärztliche Behandlung.

1.1.2 In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen die zusätzlichen Kosten für Ein- oder Zweibettzimmer und die Kosten für die gesondert vereinbarte und berechenbare privatärztliche Behandlung.

Unterscheidet ein Krankenhaus nach Pflegeklassen, so gilt für die nachstehenden Leistungsaussagen die 1. Pflegeklasse als Einbettzimmer, die 2. Pflegeklasse als Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse als Mehrbettzimmer.

**1.2 Krankentransport**

Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

**2. Erstattet werden**

100% der nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder PKV verbleibenden erstattungsfähigen Kosten, und zwar in

**Tarifstufe I**

- bei Aufenthalt im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer.

**Tarifstufe II**

- bei Aufenthalt im Zwei- oder Mehrbettzimmer,
- bei Aufenthalt im Einbettzimmer beschränkt auf die Kosten, die bei einem Aufenthalt im Zweibettzimmer entstanden wären. Können diese nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

**2.1 Verbleibende Restkosten bei den Allgemeinen Krankenhausleistungen**

Hat die GKV oder PKV die Allgemeinen Krankenhausleistungen nicht in voller Höhe erbracht, so werden auch die verbleibenden Kosten – mit Ausnahme bei der GKV oder PKV bestehender Selbstbehalte – zu 100% erstattet.

2.1.1 In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als

Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen, Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen, die gesondert berechnete Vergütung des Belegarztes, der Beleghebamme sowie des -entbindungspflegers.

2.1.2 In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie der Leistung einer Hebamme und eines Entbindungspflegers.

Hat die GKV oder PKV keine Leistungen erbracht, so werden Kosten für die Allgemeinen Krankenhausleistungen nicht erstattet. Kann die Höhe der Kosten für die Allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

**3. Zusatzleistungen für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen als Privatpatient**

Erstattet werden 100% der ärztlichen Kosten der ambulant unmittelbar vor bzw. nach einer leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung durchgeführten einmaligen Aufnahme- und Abschlussuntersuchung durch den liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt. Dabei sind die Leistungen der GKV oder PKV zunächst in Anspruch zu nehmen und dem Versicherer nachzuweisen.

**4. Krankenhaustagegeld**

Die versicherte Person erhält für nicht in Anspruch genommene Wahlleistungen ein Krankenhaustagegeld in Höhe von:

Versicherte Unterkunft	in Anspruch genommene Unterkunft	Krankenhaustagegeld	
		mit privatärztliche Behandlung	ohne
Einbett- zimmer (Tarifstufe I)	Einbettzimmer	-	25,- €
	Zweibettzimmer	20,- €	45,- €
	Mehrbettzimmer	35,- €	60,- €
Zweibett- zimmer (Tarifstufe II)	Einbettzimmer	-	25,-€
	Zweibettzimmer	-	25,- €
	Mehrbettzimmer	15,- €	40,- €

Bei vor- und nachstationärer, sowie teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

**5. Kosten für eine Begleitperson bei Kindern**

Wird neben einem versicherten Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, werden auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson erstattet.

Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson sind durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.