

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil II

INTER QualiMed Z[®] Stationär

Tarif S1

Stand: 01.09.2016

Der Tarif (Teil II AVB) gilt in Verbindung mit den Rahmenbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (Teil I AVB).

A. Aufnahmefähigkeit / Versicherungsfähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben.

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen

öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis haben.

Die Beendigung der Versicherung in der GKV bzw. des Anspruchs auf Heilfürsorge ist der INTER unverzüglich mitzuteilen.

B. Leistungen der INTER

Erstattungsfähig im tariflichen Umfang sind Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung und ambulante Operationen, die einen Krankenhausaufenthalt ersetzen.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung.

und die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

Soweit Krankenhäuser nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 3. Pflegeklasse dem Mehrbettzimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zweibettzimmer und die 1. Pflegeklasse dem Einbettzimmer.

1. Wahlleistungen im Krankenhaus

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende Wahlleistungen im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) in der jeweils geltenden Fassung:

- gesondert berechenbare privatärztlichen Leistungen und
- gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer sowie vom Krankenhaus gesondert berechenbare Zuschläge für Verpflegung, Sanitärzelle und Bereitstellung eines Telefons und/oder eines Fernsehers.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem KHEntgG bzw. der BpflV abrechnen, gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen

2. Ersatz-Krankenhaustagegeld

Werden bei stationärer Krankenhausbehandlung keine Wahlleistungen in Anspruch genommen, wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld gezahlt.

Dieses beträgt täglich für die Dauer des Aufenthalts

- 50 EUR bei Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen (einschließlich Entlassungstag),
- 50 EUR bei Verzicht auf Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer (ohne Entlassungstag) bzw.
- 100 EUR bei Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen und Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer (Entlassungstag 50 EUR).

Für Kinder (0 - 15 Jahre) beträgt unter den gleichen Voraussetzungen das Ersatz-Krankenhaustagegeld

die Hälfte der vorstehenden Sätze.

Bei teilstationärer Behandlung besteht kein Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.

3. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen

Zu 100% erstattungsfähig sind die Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt.

Als allgemeine Krankenhausleistungen nach dem KHG in Verbindung mit dem KHEntgG bzw. der BpflV gelten Krankenhausleistungen (z.B. ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, Unterkunft und Verpflegung), soweit sie nicht gesondert berechenbar sind, sowie Leistungen von Belegärzten, Beleghebammen und Belegentbindungspflegern.

Bei Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen ist die Erstattung auf 100 EUR pro Tag für die Dauer des Krankenhausaufenthalts begrenzt, wenn

- die GKV bzw. der Heilfürsorgeträger nicht vorleistet oder
- das Krankenhaus nicht nach dem KHG/KHEntgG bzw. der BpflV abrechnet oder
- das Krankenhaus im Ausland liegt.

4. Vor- und nachstationäre Behandlung

Zu 100% erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a SGB V.

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

5. Begleitperson bei Kindern im Krankenhaus

Zu 100% erstattungsfähig sind die zusätzlichen Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson für bis zu 14 Tage, wenn ein nach diesem Tarif versichertes, höchstens 12 Jahre altes Kind aufgrund ärztlichen Anratens während einer stationären Heilbehandlung von einer Begleitperson stationär begleitet wird, sofern kein Anspruch bei der GKV besteht.

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

6. Anschlussrehabilitation

Zu 100% erstattungsfähig sind Aufwendungen für Wahlleistungen (Nr. 1) für eine sich an eine Krankenhausbehandlung anschließende weitere Behandlung zur Rehabilitation (Anschlussrehabilitation) unter den Voraussetzungen von Teil I § 4 Abs. 7 AVB.

Bei einer Anschlussrehabilitation besteht kein Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.

7. Ambulante Operationen

a) Privatärztliche Behandlung

Zu 100% erstattungsfähig ist die privatärztliche Behandlung bei ambulanten Operationen, die im nach § 115b SGB V vereinbarten Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe enthalten sind.

b) Vor- und Abschlussuntersuchung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die privatärztliche Vor- und Abschlussuntersuchung (einschließlich Diagnostik und Verbandwechsel) im Rahmen einer ambulanten Operation nach a).

Die Voruntersuchung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der ambulanten Operation begrenzt. Die Abschlussuntersuchung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der ambulanten Operation nicht überschreiten.

8. Fahrt- und Transportkosten

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Fahrt zum und vom Krankenhaus bzw. zur und von einer ambulanten Operation nach Nr. 7 bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 300 EUR je Versicherungsfall.

Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.

9. Gesetzliche Zuzahlungen bei stationärer Behandlung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die nach § 61 SGB V vorgesehenen - bei Heilfürsorgeberechtigten für die in analoger Anwendung dieser Vorschrift vorgesehenen - Zuzahlungen zu

- Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V),
- häuslicher Krankenpflege (§ 37 SGB V),
- Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) und
- Fahrkosten (§ 60 SGB V) bei stationären Behandlungen.

Als Kostennachweis ist die jeweilige Quittung vorzulegen.

Nicht erstattungsfähig sind nicht genannte Zuzahlungen.

10. Gebührenordnung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen über die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätze hinaus, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

11. Serviceleistungen

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten werden über das INTER Service Center (telefonisch erreichbar unter 0621 427-427) umfangreiche Serviceleistungen angeboten:

Medizinische Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen,
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen,

- geplanten Krankenhausaufenthalten.

Unterstützung und Betreuung durch

- Benennung von ärztlichen, zahnärztlichen und Apotheken-Notdiensten,
- Benennung von Spezialisten, Fachkliniken, Rehabilitations- und Kureinrichtungen,
- aktive Hilfe bei der Suche nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten,
- Hilfe bei der Beschaffung von ärztlich verordneten Medikamenten, Blutkonserven und Seren,
- Benennung von Fach- und Pflegekräften, häuslichen Pflegediensten, Haushaltshilfen, Kinderbetreuern, Selbsthilfegruppen,
- Beratung bei Umschulungsmaßnahmen bei teilweiser Berufsunfähigkeit.

C. Beitrag

Im Tarif S1 wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Der zu zahlende Beitrag ist der jeweils gültigen Beitragstabelle zu entnehmen. Siehe hierzu auch Teil I § 8 Abs. 1 AVB. Die bei Versicherungsbeginn gültige Beitragstabelle ist als

Anlage 1 beigelegt.

Bei einer Beitragsanpassung nach Teil I § 8 Abs. 5 bis 7 AVB stellt die INTER dem Versicherungsnehmer die geänderte Beitragstabelle zur Verfügung.