

Tarif KlinikTOP1

Stationärer Ergänzungsschutz für GKV-Versicherte

Produktlinie Klinik

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Stationäre Heilbehandlung in Deutschland

- 100 % freie Krankenhauswahl sowie
- 100 % wahlärztliche Behandlung
- 100 % Zweibettzimmer
- 100 % Einbettzimmer
- (45 EUR Selbstbeteiligung je Tag, entfällt bei Unfall)
- 40 EUR Krankenhaustagegeld
- (vorausgesetzt es wird keinerlei Kostenerstattung der vorgenannten Leistungen beansprucht)
- 100 % privatärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen, die eine stationäre Behandlung ersetzen
- 100 % gesetzliche Zuzahlung

Krankenhaus-Sofortschutz

- Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme
- Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme
- Reha-Management

Stationäre Heilbehandlung im Ausland nach Unfall bzw. bei akut aufgetretenen Erkrankungen

- 100 % Krankenhausbehandlung und Krankentransport zum Krankenhaus
- 100 % Rückführungskosten
- 100 % Bestattungskosten/Überführungskosten

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

- 1 Leistungsumfang nach Tarif KlinikTOP1
 - 1.1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland
 - 1.1.1 Ärztliche Leistungen
 - 1.1.2 Stationäre Unterbringung
 - 1.1.3 Krankenhauswahl
 - 1.1.4 Krankenhaustagegeld
 - 1.1.5 Ambulante Operationen
 - 1.1.6 Gesetzliche Zuzahlungen
 - 1.1.7 Sofortschutz
 - 1.1.7.1 Krankenhaus-Sofortschutz
 - 1.1.7.2 Geltungsbereich
 - 1.1.7.3 Voraussetzungen
 - 1.2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland
 - 1.2.1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus
 - 1.2.2 Krankentransport zum Krankenhaus
 - 1.2.3 Rückführungskosten
 - 1.2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten

C Optionsrecht

- 1 Optionsrecht nach Tarif KlinikTOP1
- 2 Voraussetzungen
- 3 Optionsvorteil
- 4 Beantragungsfrist
- 5 Unterbrechung des Optionsrechts
- 6 Beiträge
- 7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

D Anpassungsvorschriften

- 1 Beitragsanpassung

E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikTOP1 (KlinikTOP1pur)

- 1 Tarifbezeichnung
- 2 Annahmefähigkeit
- 3 Ende der Versicherungsfähigkeit
- 4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 40
- 5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 40 auf Antrag
- 6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (KlinikTOP1pur)

Inhalt des Dienstleistungsangebotes gemäß § 4 Teil II Abs. 5

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif KlinikTOP1 gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009

Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

1.1 Der Tarif KlinikTOP1 kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif KlinikTOP1.

1.2 Personen, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sind nur im Rahmen der Sonderbedingungen des Tarifs KlinikTOP1 (Abschnitt E) versicherungsfähig.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1 Leistungsumfang nach Tarif KlinikTOP1

1.1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland

Erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1.1.1 bis B 1.1.3 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Deutschland, die in Abschnitt B 1.1.5 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen, eine stationäre Behandlung ersetzenden ambulanten Operation sowie die gesetzlichen Zuzahlungen nach Abschnitt B 1.1.6.

Wird keine Kostenerstattung nach Abschnitt B 1.1.1 bis B 1.1.3 beansprucht, so wird ein Krankenhaustagegeld nach Abschnitt B 1.1.4 gezahlt.

Ferner besteht ein Anspruch auf Sofort-Schutzleistungen nach Abschnitt B 1.1.7.

1.1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattet werden zu 100 % die Kosten für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), die im Zusammenhang mit einer erstattungsfähigen Heilbehandlung steht, sind nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

1.1.2 Stationäre Unterbringung

Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der Bundespflege-satzverordnung (BPfV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

Wird ein Zuschlag für die Inanspruchnahme eines Einbettzimmers berechnet, wird für jeden Tag der Krankenhausbehandlung, an dem dieser Zuschlag erhoben wird, eine Selbstbeteiligung von 45 EUR abgezogen. Die Selbstbeteiligung entfällt, sofern es sich um einen unfallbedingten Krankenhausaufenthalt handelt.

Ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

Als Unfall im Sinne dieser Bedingungen gilt ferner jedes Ereignis, das die Voraussetzungen des Unfallbegriffs der privaten Unfallversicherung des Tarifwerks 2015 der SIGNAL IDUNA (SIGNAL IDUNA AUB 2015) erfüllt.

1.1.3 Krankenhauswahl

Erstattet werden zu 100 % die Mehrkosten im Sinne der BPfV bzw. des KHEntG, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt und es sich sowohl beim Krankenhaus der ärztlichen Einweisung als auch beim gewählten Krankenhaus um Krankenhäuser handelt, welche gemäß § 108 SGB V für die GKV zugelassen sind und mit denen gemäß § 109 SGB V ein Versorgungsvertrag geschlossen wurde.

Krankentransportkosten zum und vom Krankenhaus, welche im Rahmen der Krankenhauswahl verbleiben, sind bis zu einem Gesamtbetrag von 250 EUR je Krankenhausaufenthalt nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

1.1.4 Krankenhaustagegeld

Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kostenerstattung gemäß

- Abschnitt B 1.1.1 und B 1.1.3 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 25 EUR,
- Abschnitt B 1.1.2 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 15 EUR.

Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt. Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

1.1.5 Ambulante Operationen

Erstattet werden zu 100 % die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen

- einer eine stationäre Behandlung ersetzenden ambulanten Operation sowie
- der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen im Krankenhaus.

Von der Erstattungspflicht erfasst sind Operationen, die im gemäß § 115b SGB V erstellten Katalog unter Kategorie 2 aufgeführt sind. Voraussetzung für die Leistung ist, dass die ambulante Operation in einem nach Abschnitt B 1.1.3 anerkannten Krankenhaus, von einem dort angestellten liquidationsberechtigten Wahlarzt bzw. für dieses Krankenhaus dauerhaft tätigen Belegarzt durchgeführt wird.

Der Versicherer ist im Vorfeld über die geplante, eine stationäre Behandlung ersetzende ambulante Operation in Kenntnis zu setzen.

1.1.6 Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattet werden zu 100 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für die ersten 28 Tage (pro Kalenderjahr) eines stationären Krankenhausaufenthaltes (§ 39 Abs. 4 SGB V).

1.1.7 Sofortschutz

1.1.7.1 Krankenhaus-Sofortschutz

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung sowie bei einer eine stationäre Behandlung ersetzenden ambulanten Operation gemäß Abschnitt B 1.1.5 besteht Anspruch auf eine Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme, eine Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme sowie ein Rehabilitations-Management gemäß dem „Leistungsverzeichnis für Sofortschutz-Leistungen“ (Anlage) des Tarifs KlinikTOP1.

1.1.7.2 Geltungsbereich

Der Anspruch auf die Sofortschutz-Leistungen nach Abschnitt B 1.1.7.1 beschränkt sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

1.1.7.3 Voraussetzungen

Für die Gewährung der Sofortschutz-Leistungen müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- es wird eine stationäre Behandlung bzw. eine eine stationäre Behandlung ersetzende ambulante Operation gemäß Abschnitt B 1.1.5 durchgeführt und
- der Versicherungsfall (Sofortschutz) wird über das Notfall-Telefon des Versicherers (0231-135 4948) unverzüglich gemeldet und die Organisation der Hilfe erfolgt durch den Versicherer.

1.2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland

Erstattet werden bei Heilbehandlung im Ausland die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten gemäß Abschnitt B 1.2.1 und B 1.2.2 für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung und Krankentransport sowie die in Abschnitt B 1.2.3 genannten erstattungsfähigen Kosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransports bzw. bei Tod der versicherten Person die erstattungsfähigen Bestattungs- und Überführungskosten nach Abschnitt B 1.2.4.

Als Ausland gelten alle Länder der Erde mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland sowie des jeweiligen Staatsgebietes, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

Zu den erstattungsfähigen Leistungen für Heilbehandlung im Ausland zählen die Kosten aufgrund eines Unfalls oder akut aufgetretene Erkrankungen für:

1.2.1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung kann die versicherte Person Leistungen von Krankenhäusern in Anspruch nehmen, die unter ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach in der Bundesrepublik Deutschland oder im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

1.2.2 Krankentransport zum Krankenhaus

Erstattungsfähig sind die Kosten für den notwendigen Krankentransport in das nächstliegende Krankenhaus im Sinne von Abschnitt B 1.2.1.

1.2.3 Rückführungskosten

Für eine aus medizinischen Gründen notwendige und ärztlich angeordnete Rückführung der versicherten Person (nicht der Begleitperson) an deren ständigen Wohnsitz oder - sofern wegen der Art der Erkrankung oder Verletzung erforderlich - an einen anderen Ort innerhalb der Bundesrepublik Deutschland werden Mehrkosten erstattet, die durch die vom Arzt angeordnete Art des Rücktransportes entstehen.

Medizinisch notwendig ist eine Rückführung dann, wenn am Aufenthaltsort im Ausland oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Versorgung nicht möglich ist und deshalb eine weitere Gesundheitsschädigung befürchtet werden muss. Sofern sich der Versicherte im Ausland in einem Krankenhaus in stationärer Behandlung befindet, werden auch bei nicht ausreichend begründeter medizinischer Notwendigkeit des Rücktransports die Mehrkosten dann erstattet, wenn wegen der Schwere der Erkrankung oder Verletzung die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Ausland einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Mehrkosten der Rückführung übersteigen würden.

1.2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten

Bei Tod der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung im Ausland oder der Überführung an deren ständigen Wohnsitz bis zu einer Höhe von 11.000 EUR erstattet.

C Optionsrecht

1 Optionsrecht nach Tarif KlinikTOP1

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 60 Monaten und erneut nach Ablauf von 120 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn des Versicherungsschutzes (frühestens jedoch gerechnet von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten) nach dem Tarif KlinikTOP1 das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in noch leistungsstärkere stationäre Zusatztarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören und alleine Leistungen für stationäre Heilbehandlung vorsehen.

Die Hinzuversicherung eines Krankenhaustagegeldes in Höhe sowie die Erhöhung eines Krankenhaustagegeldes auf die Höhe der in Abschnitt B 1.1.2 genannten Selbstbeteiligung bei Inanspruchnahme eines Einbettzimmers steht der zuvor beschriebenen Umstellung in leistungsstärkere stationäre Zusatztarife gleich.

2 Voraussetzungen

Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirkungsvolle Kündigung vorliegt und die Versicherung nach dem Tarif KlinikTOP1 vor einem Eintrittsalter von 40 Jahren begonnen hat.

3 Optionsvorteil

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

4 Beantragungsfrist

Das Optionsrecht nach Tarif KlinikTOP1 entfällt, wenn die Tarifumstellung nicht spätestens bis zum Umstellungszeitpunkt beantragt wird.

5 Unterbrechung des Optionsrechts

Das Optionsrecht gilt nicht bzw. wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif KlinikTOP1 in Anwartschaft geführt wird.

6 Beiträge

Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet.

7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

Unabhängig von diesen Bestimmungen kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 6 Teil I verlangen.

D Anpassungsvorschriften

1 Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)

1.1 Als tariflicher Vorhundertsatz im Sinne von § 8b Abs. 1 Teil I für die Versicherungsleistungen gilt 5.

1.2 Erfolgt auf Grundlage des § 8b Abs. 1 Teil I eine Erhöhung der Selbstbeteiligung, hat der Versicherungsnehmer das Recht, ein zu diesem Zeitpunkt in Höhe der Selbstbeteiligung bestehendes Krankenhaustagegeld ohne erneute Gesundheitsprüfung im gleichen Umfang zu erhöhen. Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Erhöhung keine Beitragsrückstände bestehen und keine wirksame Kündigung vorliegt. Das Recht zur Erhöhung des Krankenhaustagegeldes entfällt, wenn diese nicht spätestens bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung der Selbstbeteiligung gemäß § 8b Abs. 3 Teil I beantragt wird.

E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikTOP1 (KlinikTOP1pur)

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten noch folgende Sonderbedingungen; die Sonderbedingungen ermöglichen den Versicherungsschutz nach Tarif KlinikTOP1 auch ohne Alterungsrückstellungen zu führen.

1 Tarifbezeichnung

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch „pur“ ergänzt (KlinikTOP1pur).

2 Annahmefähigkeit

Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen ab Geburt bis zu einem Eintrittsalter von 39 Jahren.

3 Ende der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt vom Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet.

4 Obligatorischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 40

Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen (KlinikTOP1pur) erfolgt die obligatorische Fortführung der Versicherung ohne Sonderbedingungen nach dem Tarif KlinikTOP1 bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von Alterungsrückstellungen. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Die Fortführung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach der obligatorischen Fortführung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung infolge der obligatorischen Fortführung beenden.

5 Entfall der Sonderbedingungen vor dem Alter 40 auf Antrag

Ergänzend zu Abschnitt E 4 kann der Versicherungsnehmer für versicherte Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet, jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (KlinikTOP1pur)

Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet.

Von dem auf die Vollendung des 15. und des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Älterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

Inhalt des Dienstleistungsangebotes gemäß § 4 Teil II Abs. 5

Kostenberatung und rechtliche Unterstützung

Wird bei der Bearbeitung eines Erstattungsantrages festgestellt, dass die vorliegende Rechnung gebührenrechtliche Mängel aufweist, sodass eine entsprechende Kürzung des Rechnungsbetrages erforderlich ist, erhält der Versicherungsnehmer je nach Fall neben der Information und Erläuterung der Kürzung zusätzlich

- argumentative Hilfe mit der Benennung von relevanten Rechtsgrundlagen,
- Unterlagen und Empfehlungen zur weiteren Vorgehensweise,
- bei einer Kürzung von mindestens 300 EUR in Einzelfällen die Erstattung des streitigen Betrages gegen Abtretung.

Zudem wird die Erstattung des streitigen Rechnungsbetrages im vertraglichen Umfang garantiert, sofern ein durch den Versicherungsnehmer mit Zustimmung des Versicherers geführter Rechtsstreit mit einem Rechnungsaussteller verloren geht, ohne dass der Versicherungsnehmer selbst oder der von ihm beauftragte Prozessvertreter dies zu vertreten hat und der Versicherer die Möglichkeit hatte, auf die Prozessführung ausreichend Einfluss zu nehmen.