

Tarif KlinikOnTOP

Zusatzversicherung für privatärztliche Behandlung im Krankenhaus

Stand: 01.06.2005, SAP-Nr : 309679

Es gelten die AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

I. Versicherungsleistungen

1. Erstattungsfähig sind in einem nach den AVB/VT anerkannten Krankenhaus die Kosten für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen des Wahlarztes und Belegarztes des Krankenhauses

- a) für vollstationäre, teilstationäre, vor- und nachstationäre Heilbehandlungen* einschließlich Entbindungen (stationäre Behandlung)
- b) für ambulante Operationen.

2. Die erstattungsfähigen Kosten werden ersetzt mit

100 %

abzüglich der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

3. Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung für ambulante Operationen keine Leistung, werden die erstattungsfähigen Kosten mit

50 %

ersetzt.

4. Die Kosten sind insoweit erstattungsfähig, als sie nach den in der GOÄ und GOZ festgelegten Grundsätzen berechnet werden. In medizinisch begründeten Fällen werden Honorarvereinbarungen über die Höchstsätze der GOÄ oder GOZ hinaus für Operationsleistungen einschließlich Anästhesieleistungen in angemessener Höhe als erstattungsfähig anerkannt.

5. Nicht erstattet werden

- a) ärztliche Leistungen für überwiegend psychotherapeutische Behandlung
- b) gesondert berechenbare Unterbringungszuschläge (Zuschläge für Einbett- und Zweibettzimmer) im Krankenhaus
- c) Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen.

II. Sonstige Tarifbedingungen

1. Der Tarif KlinikOnTOP gilt nur in Verbindung mit den AVB/VT.

2. Aufnahmefähig sind Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

III. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Geschlecht und Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für Männer bzw. Frauen zu zahlen.

Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8a AVB/VT.

*) Vor- und nachstationäre Heilbehandlung im Sinne von § 115a SGB V.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch