Union Krankenversicherung
Aktiengesellschaft

Teil II
Tarif KlinikPRIVAT Premium
Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.07.2021, SAP-Nr.: 342205, 07.2021
Es gelten die AVB/ZV – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung.

I. Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen
Inhalt des Versicherungsvertrages ist:
Teil I: AVB/ZV
Teil II: Tarif KlinikPRIVAT Premium

2. Versicherungsfähigkeit
a) Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.
b) Endet für eine versicherte Person die Versicherung in der GKV, hat der Versicherungsnehmer dies dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif KlinikPRIVAT Premium endet für die versicherte Person zu dem Zeitpunkt, zu dem auch ihre Versicherung in der GKV endet.

3. Wartezeiten
Die Wartezeiten gemäß § 3 Absatz 3 AVB/ZV entfallen.

II. Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet Kosten, wenn diese nach den Grundsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) berechnet werden. Wird über die Höchstsätze der GOÄ und GOZ berechnet, muss eine gültige Honorarvereinbarung vorgelegt werden.

Der Versicherer erstattet die Kosten zu 100 %. Soweit andere Kostenträger Leistungen erbringen, werden diese hiervon abgezogen.

Ohne weitere Prüfung gilt die Heilbehandlung als medizinisch notwendig, wenn die GKV die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattet.

1. Wahlleistungen
Der Versicherer erstattet bei
- stationärer Krankenhausbehandlung (vollstationär oder teilstationär),
- vor- und nachstationärer Behandlung nach § 115a SGB V,
- stationärer Entbindung,
- stationärer Psychotherapie (vollstationär oder teilstationär)

folgende Wahlleistungen:
- gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen und Leistungen des Belegarztes,
- Leistungen der Beleghebamme und des Belegentbindungspflegers, wenn diese nach den Grundsätzen der jeweiligen Hebammengebührenverordnung berechnet werden,
- gesondert berechenbare Unterkunft im Zwei- oder Einbettzimmer sowie vom Krankenhaus gesondert berechenbare Zuschläge für Verpflegung, Telefonanschluss, Fernseher und Internetzugang.

Der Versicherer erstattet darüber hinaus bei ambulanten Operationen im Krankenhaus die erstattungsfähigen Arztkosten.

Die Leistungen werden auch in Krankenhäusern erbracht, die nicht dem Geltungsbereich der Bundespflegesatzverordnung, dem Krankenhausfinanzierungsgesetz bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen.

2. Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (freie Krankenhauswahl)
Der Versicherer erstattet die Mehrkosten, die dem Versicherten entstehen, weil er ein anderes als in der ärztlichen Verordnung genanntes Krankenhaus wählt.

Bei der GKV bestehende Selbstbehalte werden nicht erstattet.

Der Versicherer erstattet keine Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen, wenn die GKV keine Leistungen erbracht hat.

Kosten für die gesetzliche Zuzahlung werden grundsätzlich nach Abschnitt II Nummer 4 erstattet.

Wir empfehlen Ihnen:
Informieren Sie sich vor einer Behandlung hinsichtlich der Kostenübernahme der allgemeinen Krankenhausleistungen bei Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung.

3. Ambulante Operationen außerhalb des Krankenhauses
Der Versicherer erstattet die Kosten für stationsersetzende ambulante Operationen außerhalb des Krankenhauses, bei denen entsprechend Katalog § 115b SGB V, Kategorie 2 sowohl eine ambulante, als auch eine stationäre Durchführung möglich ist.

4. Zuzahlung im Krankenhaus
Der Versicherer erstattet die gesetzlich vorgeschriebene Eigenbeteiligung (§ 39 Absatz 4 SGB V).

5. Aufnahme- und Abschlussuntersuchung
Der Versicherer erstattet die Kosten für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen, wenn diese im Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen stationären Behandlung oder einer leistungspflichtigen ambulanten Operation durchgeführt werden.

Nachuntersuchungen sind erstattungsfähig, soweit diese in Folge einer leistungspflichtigen stationären Behandlung oder einer leistungspflichtigen ambulanten Operation medizinisch indiziert sind und innerhalb von vier Wochen nach der stationären Behandlung oder ambulanten Operation erfolgen.

6. Ersatzkrankenhaustagegeld
Werden bei einem vollstationären Aufenthalt Wahlleistungen nach Abschnitt II Nummer 1 nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld gezahlt. Es beträgt pro Tag für die Dauer des Krankenhausaufenthalts, einschließlich Aufnahme- und Entlassungstag:
- 20 Euro bei Verzicht auf die Unterbringung im zuschlagspflichtigen Einbettzimmer,
- 50 Euro bei Verzicht auf die Unterbringung im zuschlagspflichtigen Ein- und Zweibettzimmer,
- 50 Euro bei Verzicht auf wahlärztliche und belegärztliche Leistungen.

7. Rooming-In
Der Versicherer erstattet die zusätzlich entstehenden Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson anlässlich eines Krankenhausaufenthaltes des versicherten Kindes, wenn die Leistung nicht über die allgemeinen Krankenhausleistungen abgedeckt ist, vgl. § 2 Absatz 2 Nr. 3 KHEntgG. Voraussetzung ist, dass der stationäre Aufenthalt vor dem 16. Geburtstag des Kindes beginnt.

8. Anschlussheilbehandlung
Der Versicherer erstattet die Kosten für medizinisch notwendige stationäre Anschlussheilbehandlungen im Umfang nach Abschnitt II Nummer 1, 2, 4 und 5.

Werden keine Leistungen nach Abschnitt II Nummer 1 bis 5 in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld gezahlt. Es beträgt pro Tag, einschließlich Aufnahme- und Entlassungstag, 50 Euro und ist auf 28 Tage pro Maßnahme begrenzt.

9. Medizinische Rehabilitation
Der Versicherer erstattet bei stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, einschließlich Aufnahme- und Entlassungstag, ein Tagegeld in Höhe von 50 Euro pro Tag für maximal 28 Tage pro Maßnahme.

Wir empfehlen Ihnen:
Informieren Sie sich vor einer geplanten Anschlussheilbehandlung oder medizinischen Rehabilitationsmaßnahme hinsichtlich der Kostenübernahme bei uns.

10. Fahrt- und Transportkosten
Der Versicherer erstattet die gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung zu Fahrt- und Transportkosten (§ 60 SGB V).

Darüber hinaus erstattet der Versicherer gegebenenfalls anfallende Fahrt- und Transportkosten bis zu 250 Euro pro Jahr. Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 Euro erstattet.

Die Zuzahlung und die Fahrt- und Transportkosten müssen im Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen stationären Behandlung oder einer leistungspflichtigen ambulanten Operation stehen.

11. Kosmetische Operationen nach einem Unfall
Der Versicherer erstattet die Kosten für kosmetische Operationen, wenn diese im Zusammenhang mit einem leistungspflichtigen Unfall erforderlich sind.

Erstattungsfähig sind alle Kosten bis zu 10.000 Euro pro Unfall im Rahmen eines stationären Aufenthaltes.

Wir empfehlen Ihnen:
Informieren Sie sich hinsichtlich der Kostenübernahme vor einer geplanten Behandlung bei uns.

Als kosmetische Operation gilt eine nach Abschluss der Heilbehandlung durchgeführte ärztliche Behandlung mit dem Ziel, eine unfallbedingte Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes der versicherten Person zu beheben.

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

Darüber hinaus gelten als Unfallereignis auch (erweiterter Unfallbegriff):
- Verletzungen durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder andere Eigenbewegungen,
- Gesundheitsschädigungen durch künstlich erzeugte Strahlen (UV, Röntgen, Laser etc.),
- Sonnenbrand, wenn dieser Folge eines Unfalles ist,
- Infektionen, wenn diese mit einer äußeren Verletzung der Haut einhergehen (auch infolge von Impfungen),
- allergische Reaktionen nach Verletzung der Haut (insbesondere Insektenstiche),
- Erfrierung und Verbrennungen,
- Gesundheitsschäden, die die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet.

Der Tarif leistet nicht für kosmetische Operationen nach Unfällen, die
- von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt wurden,
- im Zusammenhang mit Kernenergie stehen,
- durch Schlaganfall, Herzinfarkt, Blutungen aus inneren Organen bzw. Gehirnblutungen, Epilepsie und andere Krampfanfälle verursacht wurden,
- durch alkohol- oder drogenbedingte Ausfälle und Einschränkungen verursacht wurden(Alkohol: > 1,1 ‰),
- durch Kriegsereignisse verursacht wurden; terroristische Akte sind jedoch nach Maßgabe des Tarifs mitversichert,
- die versicherte Person bei der Begehung einer Straftat erleidet.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/ZV	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz