

## Teil III Tarif KlinikUNFALL Ergänzungstarif für stationäre Behandlung bei Unfall

## KlinikUNFALL

Der Tarif KlinikUNFALL gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2008

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

### A Allgemeine Bestimmungen

#### 1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

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

#### 2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

### B Leistungen des Versicherers

#### 1 Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

##### 1.1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland

Erstattungsfähig sind die, nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführenden, unter 1.1.2 bis 1.1.4 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Deutschland sowie die gesetzlichen Zuzahlungen nach 1.1.6. Wird keine Kostenerstattung nach 1.1.2 bis 1.1.4 beansprucht, so wird ein Krankenhaustagegeld nach 1.1.5 gezahlt.

##### 1.1.1 Unfallbegriff

Ein Unfall 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 eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

##### 1.1.2 Ärztliche Leistungen

Erstattet werden zu 100 % die Kosten für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den Höchstsätzen. Wird eine von der geltenden Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

##### 1.1.3 Stationäre Unterbringung

Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der Bundespflegegesetzverordnung (BPfIV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KhEntG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

##### 1.1.4 Krankenhauswahl

Erstattet werden zu 100 % die Mehrkosten im Sinne der BPfIV bzw. des KhEntG, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt.

##### 1.1.5 Krankenhaustagegeld

Wird für die Dauer eines unfallbedingten Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kostenerstattung gemäß 1.1.2 bis 1.1.4 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 40 EUR.

Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

##### 1.1.6 Gesetzliche Zuzahlungen

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

#### 1.2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland

Erstattet werden bei Heilbehandlung im Ausland die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall (siehe 1.1.1) zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung sowie die erstattungsfähigen Kosten eines medizinisch notwendigen Krankenrücktransports bzw. bei Tod der versicherten Person die erstattungsfähigen Bestattungs- und Überführungskosten.

Als Ausland gelten alle Länder der Erde mit Ausnahme 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 für:

##### 1.2.1 Stationäre Behandlung 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.

Für ärztliche Leistungen im Ausland im Sinne von 1.1.2 findet die Regelung zur GOÄ keine Anwendung.

##### 1.2.2 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 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 Rücktransportes die Mehrkosten dann erstattet, wenn wegen der Schwere der Verletzung eine stationäre Weiterbehandlung im Inland notwendig ist.

##### 1.2.3 Bestattungskosten/Überführungskosten

Bei unfallbedingtem Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung im Ausland oder der Überführung an deren ständigen Wohnsitz bis zu 11.000 EUR erstattet.

### 2 Leistungsausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle und deren Folgen

- wenn diese als Berufssportler oder bei der Ausübung von Sport in der Weise, dass die versicherte Person überwiegend damit den Lebensunterhalt verdient, verursacht werden,
- wenn diese bei dem beruflichen Umgang mit explosiblen Stoffen entstehen,
- wenn diese auf Trunkenheit (sofern der Blutalkoholgehalt bei Lenkern von motorisierten Fahrzeugen 0,8 Promille, bei allen anderen Unfällen 1,3 Promille überschreitet) oder der Einnahme von Rauschmitteln beruhen,
- bei Infektionskrankheiten als Folge von Insektenstichen/-bissen, Vergiftungen infolge Einführung fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund, Bauch- und Unterleibsbrüchen sowie Schäden an Bandscheiben,
- soweit diese auf epileptischen Anfällen der versicherten Person beruhen,
- die auf vorsätzlich begangenen Straftaten der versicherten Person beruhen.

Ebenfalls ausgeschlossen sind Unfälle, die auf der Ausübung folgender, oder ähnlicher, ebenso risikoreicher Sportarten beruhen:

Skispringen, Fallschirmspringen, Drachenspringen, Motorrennsport, Boxen oder andere Kampfsportarten, Bungeejumping, Bergsteigen, Freeclimbing.

### C Beiträge/Anpassungsvorschriften

#### Beitragsberechnung (zu § 8 a Teil I und II)

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

Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsanfang und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 50. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Alterswunders gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a Abs. 2 Teil I.

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

Ergänzend zu § 8 b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.