

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil III

TARIF GZ

VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR MITGLIEDER GESETZLICHER KRANKENKASSEN TARIF FÜR STATIONÄRE HEILBEHANDLUNG

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I: Musterbedingungen (MB/KK 2009) und Teil II: Tarifbedingungen (in einem gesonderten Druckstück B 600).

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der GKV versichert sind.

2. Leistungsumfang

- a) Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung (§ 4 Abs. 10 b) AVB) werden nach Vorleistung einer gesetzlichen Krankenkasse zu 100% erstattet (s. hierzu auch § 5 Abs. 8 AVB), und zwar nach
Tarifstufe GZ 1: Ein- oder Zweibettzimmer mit privatärztlicher Behandlung
Tarifstufe GZ 2: Zweibettzimmer¹ mit privatärztlicher Behandlung.
Wird weder das Ein-/Zweibettzimmer noch die privatärztliche Behandlung in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von
25 EUR für Tarifstufe GZ 1 und von
20 EUR für Tarifstufe GZ 2
gezahlt. Für Kinder wird das Krankenhaustagegeld in halber Höhe gezahlt. Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt (vgl. § 4 Abs. 13 d) AVB).
- b) Verbleiben nach Vorleistung einer gesetzlichen Krankenversicherung nach § 4 Abs. 10 Buchst. a AVB erstattungsfähige Aufwendungen, werden diese ebenfalls zu 100% erstattet.
Zu den Vorleistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung gehören auch die dem Personenkreis mit einem Anspruch auf Teilkostenerstattung nach § 14 Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V) von ihrem Arbeitgeber zu erbringenden Beihilfeleistungen.
Wird keine Vorleistung einer gesetzlichen Krankenversicherung nachgewiesen, kommt nur eine Erstattung nach 2. a) infrage.
- c) Zu den erstattungsfähigen Kosten zählen nicht die vom Versicherten kraft Gesetzes zu übernehmenden Zahlungen.
- d) Bei einer ambulanten Operation wird eine Pauschale in Höhe von 200 EUR gezahlt.
Als ambulante Operationen gelten die in dem umfangreichen Verzeichnis des Tarifs (vgl. Druckstück B 500/3) aufgeführten Leistungen. Dazu zählen z.B. die Entfernung der Rachenmandeln und die Entfernung der Nasen-/Kehlkopfpolyphen.
Keine Pauschale wird gezahlt
- für ambulante Operationen in den folgenden Bereichen:
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Augenheilkunde, Zahnheilkunde, Chirurgie der Körperoberfläche sowie
 - für ambulante Hand- und Fußoperationen.

¹ Wählt der Versicherte gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer, ist der Unterkunftszuschlag für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattungsfähig. Zählt die Unterkunft im Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, ist der Zuschlag für das Einbettzimmer zu 60 % erstattungsfähig.