Tarifbedingungen der BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG für die Ergänzungsversicherung nach Tarif Krankenhauszusatzversicherung Prestige 2025

(gültig nur zusammen mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG für die Krankheitskostenversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung und Kurtagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB))

(Stand 11/2024)

§ 1 Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif Krankenhauszusatzversicherung Prestige können Personen versichert werden, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder freie Heilfürsorge beziehen. Ferner sind Personen versicherbar, welche in der Privaten Krankenversicherung (PKV) einen stationären Versicherungsschutz unterhalten, der Leistungen nur in Höhe der Allgemeinen Krankenhausleistungen (Regelleistung) vorsieht. Endet die Versicherung in der GKV/PKV/freien Heilfürsorge oder wird eine höherwertige Private Krankenversicherung (Wahlleistung Unterbringung) abgeschlossen, so endet die Versicherung nach Tarif Krankenhauszusatzversicherung Prestige für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der GKV/freien Heilfürsorge oder der bisherige Versicherungsschutz in der PKV fortfällt.

§ 2 Versicherte Aufwendungen

2.1 Unterkunft

Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für gesondert berechenbare Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer.
Werden keine zusätzlichen Aufwendungen für die Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer geltend gemacht, wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld in Höhe von 50 Euro gezahlt.
Bei einer stationären Entbindung können Sie sich auch für ein Familienzimmer entscheiden.

2.2 Privatärztliche Behandlung

Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung).

Werden keine zusätzlichen Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen geltend gemacht, wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld in Höhe von 50 Euro gezahlt.

2.3 Begleitperson bei Kindern

Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eines Elternteils, wenn dieser als Begleitperson neben einem versicherten Kind, das das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, stationär aufgenommen wird, soweit sie nicht von der GKV/PKV/freien Heilfürsorge zu tragen sind.

2.4 Vor- und nachstationäre Behandlung

Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115 a SGB V, soweit sie nicht von der GKV/PKV/freien Heilfürsorge zu tragen sind.
Vorstationäre Behandlung ist die Behandlung zur Klärung der Erforderlichkeit oder zur Vorbereitung einer vollstationären Krankenhausbehandlung. Nachstationäre Behandlung ist die Behandlung zur Sicherung oder Festigung des Behandlungserfolges im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung.

Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der vollstationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten.

2.5 Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung

Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen für die ambulant unmittelbar vor oder nach einer ersatzpflichtigen vollstationären Krankenhausbehandlung durchgeführte einmalige Aufnahme- und Abschlussuntersuchung durch den liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt, soweit sie nicht von der GKV/PKV/freien Heilfürsorge zu tragen sind.

2.6 Ambulante Operationen

Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für ambulante Operationen im Krankenhaus nach § 115 b SGB V, soweit sie nicht von der GKV/PKV/ freien Heilfürsorge zu tragen sind.

2.7 Allgemeine Krankenhausleistungen

Ersetzt werden 100% der Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses, soweit sie nicht von der GKV/PKV/freien Heilfürsorge zu tragen sind. Erbringt die bestehende Versicherung keine Leistungen, werden Aufwendungen nicht ersetzt.

Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen sind insbesondere Krankenhauskosten (Unterbringung und Verpflegung), Krankenhausnebenkosten, Behandlungskosten sowie die Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspflegers.

2.8 Kurtagegeld

Bei stationären Kuren im Anschluss an einen stationären Krankenhausaufenthalt wird ein Kurtagegeld in Höhe von 16 Euro für maximal 28 Tage nach vorheriger Zusage des Versicherers gezahlt.

2.9 Transportkosten

Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für einen Krankentransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, soweit sie nicht von der GKV/PKV/freien Heilfürsorge zu tragen sind, bis maximal 300 Euro pro Krankenhausaufenthalt, dies kann auch mit dem Privat-PKW oder Taxi abgegolten werden in Höhe von 0,30 EUR pro Kilometer.

2.10 Ausland

Bei stationärer Behandlung in Krankenhäusern im Ausland besteht Versicherungsschutz ausschließlich für die Leistungen nach den Ziffern 2.1 bis 2.4 und 2.9. Der Ersatz von Aufwendungen für ein Ein- und ein Zweibettzimmer sowie für vereinbarte privatärztliche Behandlung ist begrenzt auf die Aufwendungen, die bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen eines vergleichbaren geeigneten Krankenhauses in Deutschland, das nach der BPflV oder nach dem KHEntgG abrechnet, entstanden wären.

§ 3 Sonstige Bestimmungen

Die Aufwendungen für gesondert berechnete privatärztliche Leistungen werden ersetzt, soweit sie gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet sind. Der Ersatz der Aufwendungen ist nicht auf die in der Gebührenordnung aufgeführten Höchstsätze begrenzt.

Die Leistungen der GKV und freien Heilfürsorge (Ziffern 2.3 bis 2.9) bzw. der PKV (Ziffern 2.2 bis 2.9) müssen auf den eingereichten Kostenbelegen bestätigt und die Höhe angerechneter Leistungen aus einem vereinbarten Selbstbehalt nach § 53 SGB V angegeben sein.

Vereinbarte Selbstbehalte nach § 53 SGB V gelten als Leistungen der GKV und werden nicht ersetzt.

§ 4 Anpassung von Versicherungsleistungen

Bei Änderungen der Leistungen der GKV/PKV/freien Heilfürsorge oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Ärzte, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen des Tarifes Krankenhauszusatzversicherung Prestige haben, ist der Versicherer berechtigt, die Tarifbestimmungen nach Maßgabe von § 18 AVB den veränderten Verhältnissen anzupassen.

B 275006 (11.2024)