

Informationsblatt zur Privaten Krankenversicherung

Tarif betriebliche KV Krankenhaus

Diese Informationen geben Ihnen einen ersten Überblick über die Versicherung, die der Versicherungsnehmer (also z.B. Ihr Arbeitgeber) für Sie abgeschlossen hat. Sie sind nicht abschließend. Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich ausschließlich aus der beigefügten Versichertenbescheinigung und den Versicherungsbedingungen, die dem Versicherungsnehmer vorliegen.

1. Wie sind die vertraglichen Beziehungen?

Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Er hat den Versicherungsvertrag bei uns abgeschlossen und zahlt die Beiträge. Sie haben uns gegenüber aber den unmittelbaren Anspruch auf die Versicherungsleistungen.

2. Welche Versicherungsbedingungen gelten?

Grundlage sind die Versicherungsbedingungen für den abgeschlossenen Tarif.

Sie können die Versicherungsbedingungen beim Versicherungsnehmer erhalten.

3. Welcher Versicherungsschutz ist vereinbart?

Hier finden Sie die wesentlichen Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz. Die weiteren Einzelheiten sind in den Versicherungsbedingungen geregelt.

Versicherte Leistungen

a) Versicherte Leistungen bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung

Wir ersetzen bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung die Aufwendungen wie folgt:

(1) Versicherte Leistungen, wenn das Krankenhaus dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt

- 100 % für die Wahlleistung Unterkunft im Zweibettzimmer.
- 100 % für wahlärztliche und belegärztliche Leistungen (mit Ausnahme von zahnärztlichen Leistungen), auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus.
- 100 % der verbleibenden Kosten nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für allgemeine Krankenhausleistungen bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses sowie für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson im Krankenhaus. Erbringt die GKV keine Vorleistungen, besteht keine Leistungspflicht.
- Ersatzweises Krankenhaustagegeld:
 - 25 EUR, wenn auf die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer verzichtet wird. Für den Entlasstag sowie für die Dauer der Behandlung auf der Intensiv- oder Säuglingsstation zahlen wir kein ersatzweises Krankenhaustagegeld.
 - 25 EUR, wenn auf gesondert berechnungsfähige wahlärztliche und belegärztliche Behandlung verzichtet wird.

Wir zahlen kein ersatzweises Krankenhaustagegeld für Tage vollständiger Abwesenheit aus dem Krankenhaus sowie bei teilstationärer Behandlung und bei Behandlung in Privatkliniken.

(2) Versicherte Leistungen, wenn das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt (Privatklinik)

Erstattungsprozentsätze

- 100 % der verbleibenden Kosten nach Vorleistung der GKV bei Unterkunft im Zwei- oder Mehrbettzimmer.
 - 60% der verbleibenden Kosten nach Vorleistung der GKV bei Unterkunft im Einbettzimmer.
- Erbringt die GKV keine Vorleistungen, besteht keine Leistungspflicht.

Erstattungsfähige Aufwendungen

- Krankenhausleistungen, auch für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer, einschließlich medizinisch notwendiger Mitaufnahme einer Begleitperson im Krankenhaus.
- Gesondert berechnete ärztliche Leistungen (mit Ausnahme von zahnärztlichen Leistungen), auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.

(3) Versicherte Leistungen für die Verlegung in ein anderes Krankenhaus (Wunschverlegung)

- 100 % für die Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands, das dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt (keine Privatkliniken), auch wenn hierfür keine medizinische Notwendigkeit besteht; Voraussetzung ist, dass die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens 7 Tage andauert und die Verlegung über uns organisiert wird.

(4) Versicherte Serviceleistungen

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus erbringen wir folgende Serviceleistungen:

- **Ansprechpartner**
Wir nennen einen persönlichen Ansprechpartner bei uns, an den Sie sich während des gesamten Behandlungsverlaufs telefonisch wenden können.
- **Nennung von Leistungserbringern**
Wir nennen Ihnen Kliniken (auch im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation) und Erbringer von Assistenzleistungen.
- **Kontaktaufnahme zur Koordination**
Wenn es zur besseren Koordination von Behandlungsabläufen erforderlich ist, nehmen wir Kontakt zu den behandelnden Krankenhausärzten und zu den Leistungserbringern auf, die zum Versorgungsmanagement der Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB) gehören, bei der Sie versichert sind.
- **Beratung**
Wir beraten Sie über Möglichkeiten der ambulanten Versorgung im Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung sowie über Leistungen der sozialen Pflege-Pflichtversicherung.

b) Versicherte Leistungen bei medizinisch notwendiger ambulanter Behandlung

Wir ersetzen bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung (mit Ausnahme von zahnärztlichen Behandlungen) die Aufwendungen wie folgt:

- 100 % der verbleibenden Kosten nach Vorleistung der GKV für ärztliche Leistungen, auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus, für
 - ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus (keine Praxiskliniken) gemäß dem jeweils geltenden Katalog nach § 115b Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) (AOP-Katalog); z.B. Metallentfernung nach Knochenbrüchen, arthroskopische Eingriffe am Knie oder an der Schulter;
 - die damit zusammenhängenden anästhesiologischen Leistungen sowie Leistungen, die während der ambulanten Operation im unmittelbaren medizinischen Zusammenhang erbracht oder veranlasst werden (insbesondere Laboruntersuchungen, radiologische, histologische und pathologische Leistungen).
- 100 % der verbleibenden Kosten nach Vorleistung der GKV für eine einmalige ambulante Voruntersuchung durch den operierenden Arzt, auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus, wenn sie maximal 4 Wochen vor der ambulanten Operation erfolgt.
- 100 % der verbleibenden Kosten nach Vorleistung der GKV für ambulante Nachuntersuchungen durch den operierenden Arzt, auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus, wenn sie erforderlich sind, um den Behandlungserfolg der ambulanten Operation zu sichern oder zu festigen, und maximal an 7 Behandlungstagen innerhalb von 14 Tagen nach der ambulanten Operation erfolgen.

Erbringt die GKV keine Vorleistungen, besteht keine Leistungspflicht.

4. Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Nicht alle Sachverhalte sind vom Versicherungsschutz umfasst. Beispielsweise ist unsere Leistungspflicht in folgenden Fällen ausgeschlossen:

- Behandlungen von vorsätzlich verursachten Krankheiten und Unfällen.
- Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Kinder oder Eltern (nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß).
- Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.
- Eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.
- Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger.
- Zuzahlungen im Sinne vom § 61 SGB V.
- Zahnärztliche Leistungen (einschließlich vorbereitender und begleitender Eingriffe), unabhängig davon, ob diese von einem Arzt, Zahnarzt oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen erbracht werden.
- Ambulante präoperative und postoperative ärztliche Leistungen, soweit sie über eine vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115a SGB V oder über die versicherten Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus hinausgehen.

Dies ist keine abschließende Darstellung. Die vertraglichen Leistungsausschlüsse sind umfassend in den Versicherungsbedingungen geregelt.

5. Welche Mitteilungs- und Anzeigepflichten müssen Sie beachten?

Bitte beachten Sie:

Vorleistung eines anderen Kostenträgers

Ihre gesetzliche Krankenversicherung ist vorleistungspflichtig. Deshalb müssen Sie uns über die Leistungen eines gesetzlichen oder eines anderen privaten Kostenträgers informieren. Legen Sie uns hierzu die Rechnungszweitschrift mit den Erstattungsvermerken vor.

Erfordernis unserer vorherigen schriftlichen Leistungszusage bei Behandlung in gemischten Krankenanstalten

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die auch Kuren und Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen (gemischte Krankenanstalten), leisten wir nur, wenn wir Ihnen vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Zusage gegeben haben. Auf das Erfordernis unserer vorherigen schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns nicht bei Notfallbehandlung oder wenn eine sofortige stationäre Heilbehandlung aufgrund einer akuten Erkrankung während des Aufenthaltes in der gemischten Krankenanstalt medizinisch notwendig ist oder wenn die gemischte Krankenanstalt das einzige geeignete Krankenhaus in der Nähe zum Wohnsitz ist. Bei Tuberkulose-Erkrankungen (Tbc-Erkrankungen) leisten wir im vertraglichen Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tuberkulose-Heilstätten und Tuberkulose-Sanatorien.

6. Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem auf Ihrer Versichertenbescheinigung angegebenen Zeitpunkt.

Der Versicherungsvertrag ist befristet. Er endet deshalb bei Renteneintritt, aber spätestens mit Ablauf des Monats, in dem Sie 70 Jahre alt werden. Außerdem endet der Versicherungsschutz durch Kündigung des Versicherungsvertrages durch den Versicherungsnehmer oder mit Ihrem Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages. Die vertraglichen Beendigungsgründe sind umfassend in den Versicherungsbedingungen geregelt.

7. Wie können Rechnungen für in Anspruch genommene Leistungen eingereicht werden?

Das geht ganz bequem mit der Allianz Gesundheits-App. Einfach Rechnung abfotografieren und digital zur Erstattung einreichen. Suchen Sie in Ihrem App-Store für iOS oder Android nach „Allianz Gesundheits-App“, laden diese herunter und registrieren Sie sich in wenigen Schritten.