

Tarif Start Stationär (StartS)

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs StartS für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 21.12.2012

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Einzel- und Familienversicherung,

Teil I: Rahmenbedingungen für die Einzel- und Familienversicherung der Continentale Krankenversicherung a.G. 2011 (RB/EF 2011) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 6 RB/EF 2011 besteht für drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

b) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 7 RB/EF 2011 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

2. Wartezeiten

Die Wartezeiten entfallen.

3. Personenkreis

Abweichend von § 1 Abs. 4 RB/EF 2011 sind Mitglieder in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung und deren nach § 10 SGB V (siehe Anhang) familienversicherte Angehörige nicht aufnahmefähig, wenn für die versicherte Person zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits ein Anspruch auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung (SPV) bzw. privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) besteht.

B) Leistungen des Versicherers

Erstattet werden die auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall (vgl. Buchstabe a und b) zurückzuführenden Kosten für stationäre Heilbehandlung.

- a) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Vergiftungen durch plötzlich ausströmende gasförmige Stoffe gelten als Unfall, wenn die versicherte Person unbewusst oder unentrinnbar den Einwirkungen bis zu mehreren Stunden lang ausgesetzt war.
- b) Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

Die sportliche Betätigung in den vom Deutschen Olympischen Sportbund anerkannten Sportarten gilt auch als erhöhte Kraftanstrengung. Dies gilt jedoch nicht für Boxen und andere Kampfsportarten (vgl. Abs. IV Nr. 7).

Wenn für die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalls ein Anspruch auf Leistungen von der SPV bzw. der PPV besteht, hat diese nur einen Anspruch auf ein Krankenhaustagegeld von 50,- Euro je Tag des vollstationären Krankenhausaufenthaltes sowie auf Leistungen nach Abs. I Nr. 5 und Abs. II. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationär.

Aufwendungen für stationäre psychotherapeutische und stationäre psychiatrische Leistungen sowie Anschlussrehabilitationen/Anschlussheilbehandlungen sind nicht erstattungsfähig.

Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf Erstattung der Mehrkosten für Krankenhausleistungen nach Abs. II auch dann, wenn kein Unfall eingetreten ist.

Die Einschränkung der Leistungspflicht nach § 5 Abs. 4 RB/EF 2011 entfällt.

I. Kosten stationärer Heilbehandlung in Deutschland infolge eines Unfalls

1. Gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer

Erstattet werden die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer. Die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft sind die Kosten der Unterkunft, die als Wahlleistung im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes gesondert berechnet worden sind.

2. Privatärztliche Behandlung

Erstattet werden die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) im Rahmen der voll- und teilstationären Krankenhausbehandlung sowie der vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung im Sinne des § 115 a SGB V (siehe Anhang). Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen nach Satz 1 sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

3. Ersatz-Krankenhaustagegeld

Gezahlt wird ein Krankenhaustagegeld von 50,- Euro je Tag des vollstationären Krankenhausaufenthaltes, wenn für die versicherte Person Anspruch auf Versicherungsschutz für die gesondert berechnete Unterkunft (Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer) nach Nr. 1 und privatärztliche Behandlung nach Nr. 2 besteht und sie auf diese Ansprüche verzichtet. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationär.

4. Ambulante Operationen

Erstattet werden die Kosten für ambulante Operationen im Krankenhaus. Die Kosten für ambulante Operationen und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen werden erstattet, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen.

Erstattungsfähig sind nur ambulante Operationen von im Krankenhaus angestellten Ärzten und von Belegärzten im Krankenhaus.

Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem nach § 115 b SGB V (siehe Anhang) erstellten Katalog. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus (privatärztliche Leistungen) sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

5. Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattet werden

- a) die nach § 39 Abs. 4 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen je Tag eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes und
- b) die nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Fahrkosten.

6. Leistungspauschale bei mindestens fünftägigem stationären Aufenthalt

Gezahlt wird eine Leistungspauschale von 150,- Euro je Versicherungsfall bei einem stationären Aufenthalt. Der stationäre Aufenthalt muss mindestens fünf aufeinanderfolgende vollstationäre Tage umfassen. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationär.

Für die Leistungspauschale entfällt die Einschränkung der Leistungspflicht nach Abschnitt IV.

II. Mehrkosten für Krankenhausleistungen in Deutschland

Erstattet werden die Mehrkosten für Krankenhausleistungen nach § 39 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang), die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen. Das gewählte Krankenhaus muss in der Bundesrepublik Deutschland liegen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

Die ausdrückliche Leistungszusage des Versicherers nach § 4 Abs. 5 RB/EF 2011 ist nicht erforderlich.

III. Kosten stationärer Heilbehandlung im Ausland infolge eines Unfalls

Gezahlt wird ein Krankenhaustagegeld von 50,- Euro je Tag des vollstationären Krankenhausaufenthaltes im Ausland. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationär.

IV. Einschränkung der Leistungspflicht

In Erweiterung von § 5 RB/EF 2011 besteht kein Versicherungsschutz für folgende Unfälle:

1. Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit oder Rauschmittelkonsum beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurden. In den Versicherungsschutz sind Unfälle infolge von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen eingeschlossen, bei denen zum Unfallzeitpunkt der Blutalkoholgehalt
 - beim Lenken von Kraftfahrzeugen unter 1,1 Promille (Grenze der absoluten Fahrtüchtigkeit) liegt. Der Versicherer hat das Recht, den Promillewert anzupassen, wenn durch ein höchstrichterliches Urteil eine Neufestlegung erfolgt,
 - bei allen sonstigen Fällen unter 1,5 Promille liegt.
2. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder auszuführen versucht.

3. Unfälle der versicherten Person
 - als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs;
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
4. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
5. Unfälle der versicherten Person, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
6. Unfälle der versicherten Person in Ausübung von Sportarten, die
 - als Berufs-, Vertrags-, Lizenz- oder sonstiger profifähnlicher Sportler oder
 - im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit, mit der überwiegend (mindestens zu 50 %) das Einkommen erzielt wird, betrieben werden.
7. Unfälle der versicherten Person in Ausübung von risikoreichen Sportarten (z.B. Bungee-Jumping, Skysurfing, Paragliding, Drachenfliegen, Canyoning, Freeclimbing, Boxen und andere Kampfsportarten).
8. Unfälle der versicherten Person in Ausübung von folgenden beruflichen Tätigkeiten: Artisten, Dompteure, Tierbändiger und -pfleger, Brückenbauer, Munitions- und Räumtrupps, Sprengmeister, Berufstaucher, Rennreiter, Untertage Tätige, Fallschirmsportlehrer sowie Stuntmen.

In Erweiterung von § 5 RB/EF 2011 sind folgende Beeinträchtigungen ausgeschlossen:

1. Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Abschnitt B Buchstabe a Satz 1 die überwiegende Ursache ist.
2. Bauch- und Unterleibsbrüche. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
3. Gesundheitsschäden durch Strahlen.
4. Gesundheitsschäden durch
 - medizinische oder sonstige Eingriffe am Körper der versicherten Person;
 - Heilmaßnahmen.Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die medizinischen Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst wurden.
5. Infektionen. Infektionen, die während der unfallbedingten Krankenhausbehandlung entstehen und diesen Krankenhausaufenthalt verlängern, sind jedoch versichert. Ein erneuter Krankenhausaufenthalt zur Behandlung dieser Infektion ist nicht versichert.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Beitrag

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem das Mitglied der GKV 51, 66 und 76 Jahre alt wird, ist der Beitrag der jeweils folgenden Altersgruppe zu zahlen.

2. Leistungsunterlagen

Sofern die GKV im Rahmen der Leistungen nach Abschnitt B I 1 und 2 keine Vorleistung erbringt, sind abweichend von § 6 Abs. 1 RB/EF 2011 die Original-Rechnungen einzureichen. Ein Vorleistungsvermerk der GKV ist insoweit nicht erforderlich.

Bei Meldung des Unfalls übersendet der Versicherer einen Unfallbericht. Für die unverzügliche Prüfung der Leistungspflicht des Versicherers ist die Rücksendung des vollständig ausgefüllten Unfallberichtes sowie eventuell weiterer vom Versicherer benannter Unterlagen erforderlich.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung sind in der Satzung geregelt.