



Teil III

Wahlleistungstarif BEWL

Inhalt

1. Allgemeine Regelungen
 - 1.1 Welche Vertragsgrundlagen gelten für diesen Tarif?
 - 1.2 Um welche Art der Versicherung handelt es sich?
 - 1.3 Wer kann versichert werden?
 - 1.4 Welche Regelungen gelten für die Leistungserstattung?
2. Unsere Leistungen
 - 2.1 Wahlleistungen
 - 2.2 Ersatzkrankenhaustagegeld
 - 2.3 Welche Vorteile haben Sie bei der Nutzung unserer Gesundheitspartner?
3. Sonstige Bestimmungen
 - 3.1 Gibt es eine Wartezeit? Wenn ja, wie lange dauert sie?
4. Serviceleistungen
 - 4.1 Schnelligkeitsgarantie
 - 4.2 Spezialistensuche
 - 4.3 Gebührenrechtliche Unterstützung
5. Beiträge
6. Glossar

1. Allgemeine Regelungen

1.1 Welche Vertragsgrundlagen gelten für diesen Tarif?

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung. Diese bestehen aus:

Teil I Musterbedingungen (MB/KK 2009) und

Teil II Allgemeine Tarifbedingungen der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG.

Die Teile I und II haben Sie als Teil der Kundeninformation erhalten. Diese gelten, soweit sie nicht durch nachstehende Bestimmungen dieses Teil III des Wahlleistungstarifs BEWL ergänzt oder geändert werden.

1.2 Um welche Art der Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine stationäre Zusatzversicherung. Sie ergänzt den Versicherungsschutz Ihrer privaten Krankheitskostenvollversicherung für Beihilfeberechtigte.

1.3 Wer kann versichert werden?

Sie können sich versichern, wenn Sie bei uns eine Grundabsicherung nach dem Krankheitskostenvollversicherungstarif für Beihilfeberechtigte abgeschlossen und in diesem auf die Erstattung von Wahlleistungen verzichtet haben. Weiterhin kann der Tarif von Empfängern freier Heilfürsorge vereinbart werden. Bei Wegfall dieser Voraussetzung endet zum gleichen Zeitpunkt die Versicherung nach dem Tarif BEWL. Dies gilt auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle. Der Wegfall der Voraussetzungen ist uns unverzüglich in Textform mitzuteilen.

1.4 Welche Regelungen gelten für die Leistungserstattung?

Eventuelle Leistungen der Beihilfe bzw. Leistungen aus der Grundabsicherung aus dem Krankheitskostenvollversicherungstarif für Beihilfeberechtigte werden angerechnet. Zusammen mit der Erstattung der Beihilfe und den Leistungen aus dem Krankheitskostenvollversicherungstarif für Beihilfeberechtigte erstatten wir maximal 100 %.

Für Empfänger der freien Heilfürsorge tritt an Stelle des Beihilfeanspruchs die Leistung der freien Heilfürsorge.

Aus diesem Tarif werden die nachfolgenden Leistungen erstattet. Die Aufwendungen sind jeweils dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem die Behandlung erfolgte.

2. Unsere Leistungen

2.1 Wahlleistungen

Wir erstatten Wahlleistungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen zu 100 %. Bei stationärer Psychotherapie erstatten wir die Wahlleistungen für bis zu 30 Behandlungstage je Kalenderjahr. Erfolgt die stationäre Psychotherapie in einer Kooperationsklinik (Gesundheitspartner) der HUK-COBURG-Krankenversicherung, entfällt die Begrenzung auf 30 Behandlungstage. Die Zahlung eines Ersatzkrankenhaustagegelds nach Nr. 2.2 ist bei stationärer Psychotherapie auf 30 Tage begrenzt.

Als Wahlleistungen gelten:

- die gesondert berechenbare Unterkunft im **Zweibettzimmer** (einschl. der Kosten eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung)

sowie

- gesondert berechnete **ärztliche und medizinische Leistungen** (z. B. Chefarzt, Belegarzt sowie Beleghebamme/-entbindungspfleger). Erstattungsfähig sind ärztliche Leistungen sowie Leistungen durch Hebammen, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Die Leistungen müssen gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnungen (Gebührenordnung für Ärzte GOÄ, Hebammenhilfe-Gebührenverordnung HebGV und Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten GOP) berechnet werden.

Die Leistungen werden bis zu den jeweiligen Höchstsätzen der Gebührenordnungen gezahlt.

Für die GOÄ und GOP handelt es sich um Höchstsätze im Sinne des jeweiligen § 5 der Gebührenordnung.

Wir leisten über die Höchstsätze unter den in Nr. 4.2 genannten Voraussetzungen hinaus.

Bei Wahl eines Einbettzimmers werden die Aufwendungen erstattet, die bei Wahl eines Zweibettzimmers entstanden wären.

2.2 Ersatzkrankenhaustagegeld

Sofern das Krankenhaus berechtigt ist, gesonderte Kosten für die Unterbringung im Zweibettzimmer zu berechnen und die versicherte Person auf die Geltendmachung verzichtet, wird ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 20 € gezahlt. Werden keine gesondert berechneten ärztlichen Leistungen geltend gemacht, erstatten wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 30 €.

Werden weder der Leistungsanspruch für gesondert berechnete Unterkunft noch gesondert berechnete ärztliche Leistungen geltend gemacht, wird ein Tagegeld von insgesamt 50 € geleistet.

Das Ersatz-Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (0 Uhr bis 24 Uhr) des medizinisch notwendigen und durchgeführten Krankenhausaufenthaltes erstattet. Der Aufnahme- und Entlassungstag wird zusammen als ein voller Tag gewertet.

Im Falle einer stationären Psychotherapie ist die Zahlung eines Ersatzkrankenhaustagegelds auch dann auf 30 Tage begrenzt, wenn gemäß Nr. 2.1. die stationäre Psychotherapie in einer Kooperationsklinik (Gesundheitspartner) der HUK-COBURG-Krankenversicherung erfolgt.

2.3 Welche Vorteile haben Sie bei der Nutzung unserer Gesundheitspartner?

Unsere Gesundheitspartner stehen für eine medizinisch hochwertige und kostengünstige Versorgung.

Durch Inanspruchnahme unserer Gesundheitspartner kann sich der tarifliche Erstattungsanspruch (wie unter 2.1 genannt) erhöhen. Die regionale Verteilung der Gesundheitspartner ist unterschiedlich ausgeprägt. Wir teilen Ihnen die Adressen gerne auf Anfrage mit. Sie können diese darüber hinaus unter www.huk.de/gesundheitspartner einsehen.

3. Sonstige Bestimmungen

3.1 Gibt es eine Wartezeit? Wenn ja, wie lange dauert sie?

Es gelten die Wartezeiten gemäß § 3 (AVB).

Sämtliche Wartezeiten entfallen, wenn der Tarif BEWL für die gleiche versicherte Person zusammen mit einer Krankheitskostenvollversicherung für Beihilfeberechtigte abgeschlossen wird.

4. Serviceleistungen

4.1 Schnelligkeitsgarantie

Wir garantieren eine schnelle Bearbeitung der Leistungsanträge innerhalb von zwei Wochen. Sollten wir dieses Versprechen nicht einhalten, zahlen wir Ihnen als „Entschuldigung“ 10 €. Die zwei Wochen zählen ab Posteingang bei uns. Feiertage innerhalb dieses Zeitraums verlängern die Frist entsprechend. Voraussetzung für unser Versprechen ist, dass Sie den Leistungsscheck verwenden.

4.2 Spezialistensuche

Wir unterstützen Sie auf Wunsch bei der Suche nach Behandlungsmöglichkeiten und Ärzten. Dies gilt für Behandlungen im tariflichen Rahmen. Ist die Behandlung bei einem von uns benannten Arzt nur zu Gebührensätzen möglich, die im Rahmen einer Honorarvereinbarung über den Höchstsätzen der Gebührenordnung geregelt werden, so übernehmen wir diese.

4.3 Gebührenrechtliche Unterstützung

Bei Fragen zum Gebührenrecht bieten wir Unterstützung bei Streitfragen und bei der Abwehr von ungerechtfertigten Ansprüchen an. Auf Wunsch übernehmen wir die Kommunikation mit den Leistungserbringern (z. B. Ärzte oder Krankenhäuser).

5. Beiträge

Der monatliche Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. dessen Nachträgen.

Als tarifliches Eintrittsalter gilt das tatsächliche Alter am Tag des Beginns der Versicherung.

Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, die für Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres.

Mit dem der Vollendung des 16. Lebensjahres folgenden Monat ist der dann gültige Jugendlichenbeitrag und mit dem der Vollendung des 21. Lebensjahres folgenden Monat der dann gültige Erwachsenenbeitrag zu zahlen.

6. Glossar

Im folgenden Abschnitt erläutern wir verschiedene medizinische und in der Versicherung gebräuchliche Fachbegriffe. Das Glossar enthält keine Leistungsversprechen.

Beihilfe und beihilfeberechtigte Personen

Beihilfeberechtigte Personen (zum Beispiel Beamte) erhalten von ihren Dienstherrn eine Beteiligung an ihren Krankheitskosten in Form von Beihilfe. Für die verbleibenden Kosten ist eine eigenverantwortliche Vorsorge notwendig.

Belegarzt

Der Belegarzt ist ein nicht im Krankenhaus angestellter Arzt. Er ist jedoch berechtigt, seine Patienten (Belegpatienten) im Krankenhaus unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln.

Freie Heilfürsorge

Die Freie Heilfürsorge ist eine besondere Form der Fürsorge des Dienstherrn (Bund oder Land) gegenüber seinen Beamten. Sie gehört weder zur gesetzlichen noch zur privaten Krankenversicherung. Heilfürsorge wird speziell denjenigen Berufsgruppen gewährt, deren Tätigkeit besonders risikoreich und gefährlich ist, z.B. Polizeibeamte. Die freie Heilfürsorge übernimmt in der Regel für den Beamten 100 % der erstattungsfähigen Krankheitskosten.

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)/ Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

Die GOÄ bzw. GOZ regelt die Abrechnung der (zahn-)ärztlichen Leistungen im Rahmen einer privatärztlichen Behandlung.

Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP)

Die GOP regelt die Honorare der psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Deutschland bei Privatbehandlung.

Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV)

Die HebGV regelt die Honorare von Hebammen.

Honorarvereinbarung

Eine Honorarvereinbarung wird zwischen Patient und behandelndem Arzt geschlossen, wenn dieser eine Abrechnung über den Höchstsatz der Gebührenordnung hinaus wünscht. Diese muss schriftlich zwischen Patient und Arzt erfolgen.

Textform

Textform bedeutet: Schriftlich, aber hier ist im Gegensatz zur Schriftform keine eigenhändige Unterschrift notwendig, z.B. reicht ein Fax, eine SMS oder eine E-Mail.

Unverzüglich

Bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“.

Versicherte Person

Das ist die Person, die im Rahmen des Versicherungsvertrags versichert ist. Sollte der Versicherungsfall eintreten, hat sie Anspruch auf die Versicherungsleistung.

Versicherungsschein

Der Versicherungsschein wird auch als Versicherungspolice bezeichnet. Das ist eine Urkunde über einen zwischen dem Versicherten und dem Versicherer erfolgreich abgeschlossenen Vertrag. Es handelt sich um die Vertragsbestätigung seitens des Versicherers.

Wartezeit

Als Wartezeit wird der Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn mit Beitragszahlung und Beginn des eigentlichen Versicherungsschutzes bezeichnet. Während der Wartezeit besteht kein Anspruch auf Leistungen.