

Zusatzversicherung
für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung
oder
für Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge
oder
für Personen mit Anspruch auf
unentgeltliche truppenärztliche Versorgung
für stationäre Heilbehandlung

Tarif

CLINIC CARE Comfort

Tarif 835

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2013 (AVB 2013)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I *Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) des Verbandes der privaten Krankenversicherung*
Teil II *Allgemeine Tarifbedingungen des MÜNCHENER VEREIN*

A. Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die Anspruch auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder auf freie Heilfürsorge oder auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung haben.

B. Wartezeiten

Die Wartezeiten (§ 3 I AVB/KK 2013) entfallen.

C. Leistungen des Versicherers

1. Stationäre Heilbehandlung

Erstattet werden die Kosten für die Wahlleistungen (vgl. § 4 II Ziff. 7 b AVB/KK 2013)

- Zuschlag für bessere Unterbringung im Zweibettzimmer zu 100 %
- privatärztliche Behandlung (ohne Belegarzt), soweit sie im Rahmen der GOÄ berechnet werden darf und deren Höchstsätze nicht überschreitet. zu 100 %

Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung privatärztliche Behandlung erhält die versicherte Person ersatzweise ein zusätzliches Krankenhaustagegeld von 25 EUR

Kinder erhalten 12,50 EUR

Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung Zweibettzimmer erhält die versicherte Person ersatzweise ein zusätzliches Krankenhaustagegeld von 15 EUR

Kinder erhalten 7,50 EUR

2. Vor- und nachstationäre Behandlung und ambulante Operationen

- a) Für ambulante Operationen werden die nach Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) bzw. der freien Heilfürsorge verbleibenden Kosten für die gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen, soweit sie im Rahmen der GOÄ berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze nicht überschreiten sowie Sachkosten zu 100 % erstattet, wenn die ärztlichen Leistungen durch einen liquidationsberechtigten angestellten Krankenhausarzt (nicht Belegarzt) in einem für die GKV zugelassenen Krankenhaus erbracht werden.

Es wird empfohlen, die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. im Vorfeld über die geplante ambulante Operation zu informieren.

- b) Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. einer ambulanten Operation medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation (gemäß 2 a), sind im Zeitraum von 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation nach Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge, soweit die ärztlichen Leistungen im Rahmen der GOÄ berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze nicht überschreiten, zu 100 % erstattungsfähig.
- c) Nicht erstattungsfähig sind Kosten für ambulant im Krankenhaus durchgeführte Zahnbehandlungs- und Zahnersatzmaßnahmen sowie kieferorthopädische Maßnahmen.

D. Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.