

Ergänzungsversicherung für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Tarif

CLINIC CARE Premium

Tarif 735

Versicherungsschutz für stationäre Heilbehandlung

**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. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig nach Tarif 735 sind Personen, für die ein Leistungsanspruch bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht. Die Versicherung nach Tarif 735 endet zum Ablauf des Monats, in dem die Mitgliedschaft in der GKV geendet hat.

B. Leistungen des Versicherers

1. Erstattet werden bei stationärer Heilbehandlung (§ 4 II Abs. 7 AVB/KK 2013) in einem Krankenhaus (gemäß § 4 I Abs. 4 AVB/KK 2013)
 - 100 % der Kosten für Regel- und Wahlleistungen nach Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung; fallen keine Wahlleistungen an, ein Krankenhaustagegeld von 50 EUR, bei Kindern von 25 EUR. Fallen lediglich für gesondert berechenbare Unterkunft oder lediglich für privatärztliche Behandlung Kosten an, so wird ein Krankenhaustagegeld in halber Höhe gezahlt. Ein Anspruch auf Kostenersatz besteht nur und insoweit, als Kosten durch die gesetzliche Krankenversicherung nicht gedeckt sind.

Lehnt die gesetzliche Krankenversicherung die Leistung ab und sind die sonstigen Voraussetzungen für einen Leistungsanspruch aus diesem Tarif gegeben, erfolgt die Kostenerstattung mit
 - 100 % der Wahlleistungen.
2. Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung auch die Kosten für
 - a) medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen Krankenhaus;
 - b) stationäre Kiefer- und Zahnbehandlung, nicht jedoch für Zahnersatz.
3. Ambulante Operationen

Für ambulante Operationen werden die nach Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) verbleibenden Kosten für die gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen und Sachkosten zu 100 % erstattet, wenn die ärztlichen Leistungen durch einen liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt im Krankenhaus (gemäß § 4 I Abs. 4 AVB/KK 2013) erbracht werden.

Es wird empfohlen, die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. im Vorfeld über die geplante ambulante Operation zu informieren.
4. Vor- und nachstationäre Behandlung und Vor- und Nachuntersuchung bei ambulanter Operation

Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. einer ambulanten Operation anfallende medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation (gemäß Nr. 3) sind im Zeitraum 5 Tage vor Beginn und 14 Tage nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation jeweils nach Vorleistung der GKV zu 100 % erstattungsfähig.
5. Nicht erstattungsfähig sind die anlässlich von Kuren (und Entziehungskuren) entstehenden Kosten, auch wenn sie von einem Heilbehandler angeordnet sind, sowie ambulant im Krankenhaus durchgeführte Zahnbehandlungs- und Zahnersatzmaßnahmen sowie kieferorthopädische Maßnahmen.

C. Leistungen des Versicherungsnehmers

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