

## Tarif KlinikSTART Stationärer Ergänzungsschutz für GKV-Versicherte

Produktlinie Klinik

### Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

#### Stationäre Heilbehandlung in Deutschland nach Unfall bzw. bei bestimmten schweren Erkrankungen

- 100 % freie Krankenhauswahl sowie
- 100 % Zweibettzimmer und wahlärztliche Behandlung oder 40 EUR Krankenhaustagegeld (vorausgesetzt es wird keinerlei Kostenerstattung der vorgenannten Leistungen beansprucht)
- 100 % gesetzliche Zuzahlung

#### Krankenhaus-Sofortschutz

- Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme
- Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme
- Reha-Management

#### Stationäre Heilbehandlung im Ausland nach Unfall bzw. bei akut aufgetretenen Erkrankungen

- 100 % Krankenhausbehandlung und Krankentransport zum Krankenhaus
- 100 % Rückführungskosten
- 100 % Bestattungskosten/Überführungskosten

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III.

### Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil III

Der Tarif KlinikSTART gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung der Ring-Schutz-Tarife (Tarifgeneration Unisex):

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G.

### Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil III:

#### A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Wartezeiten
- 3 Unfallbegriff
- 4 Schwere Erkrankungen

#### B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

- 1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland
  - 1.1 Ärztliche Leistungen
  - 1.2 Stationäre Unterbringung
  - 1.3 Krankenhauswahl
  - 1.4 Krankenhaustagegeld
  - 1.5 Gesetzliche Zuzahlungen
  - 1.6 Sofortschutz
    - 1.6.1 Krankenhaus-Sofortschutz
    - 1.6.2 Geltungsbereich
    - 1.6.3 Voraussetzungen
- 2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland
  - 2.1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus
  - 2.2 Krankentransport zum Krankenhaus
  - 2.3 Rückführungskosten
  - 2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten

#### C Optionsrecht

- 1 Ausübung der Option
- 2 Voraussetzungen
- 3 Alterungsrückstellung
- 4 Gesundheitsprüfung
- 5 Beantragungsfrist
- 6 Unterbrechung des Optionsrechts
- 7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

#### D Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

#### E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikSTART (KlinikSTARTpur)

- 1 Tarifbezeichnung
- 2 Annahmefähigkeit
- 3 Ende der Versicherungsfähigkeit
- 4 Automatischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55
- 5 Entfall der Sonderbedingungen auf Antrag
- 6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (KlinikSTARTpur)

#### F Dienstleistungsangebot des Versicherers

## A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

### 1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Der Tarif KlinikSTART kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bestehen. Endet die Versicherung bei der GKV, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif KlinikSTART.

### 2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen.

### 3 Unfallbegriff

Ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

Versicherungsschutz besteht auch

- für den Ertrinkungs- bzw. Erstickungstod unter Wasser, auch wenn kein Unfallereignis eingetreten ist,
- bei Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe (Hier gehen wir auch dann von einer Plötzlichkeit aus, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden ausgesetzt war, ohne sich dem entziehen zu können. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.),
- für Erfrierungen,
- für unfallbedingte Bauch- und Unterleibsbrüche sowie
- für unfallbedingte Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person durch einen unfreiwilligen Flüssigkeits-, Nahrungsmittel- oder Sauerstoffentzug erleidet.

Als Unfall im Sinne dieser Bedingungen gilt ferner jedes Ereignis, das die Voraussetzungen des Unfallbegriffs der privaten Unfallversicherung des Tarifwerks 2015 der SIGNAL IDUNA (SIGNAL IDUNA AUB 2015) erfüllt.

### 4 Schwere Erkrankungen

Als schwere Erkrankungen im Sinne dieser Bedingungen gelten:

- ACVB-Operation (Bypass-Operation)/Herzklappenoperation
- akuter Herzinfarkt
- bakterielle Meningitis/Enzephalitis
- akutes Nierenversagen
- Hirnblutung oder akuter Schlaganfall
- Koma oder Wachkoma
- Krebs (bösartige Neubildung) einschließlich Leukämie und verwandte Formen des Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks
- Multiple Sklerose
- operationspflichtiges Aortenaneurysma
- Organtransplantation: Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge, Leber, Niere oder Bauchspeicheldrüse
- Verlust von Gliedmaßen mit Ausnahme von einzelnen Fingern und Zehen

Sofern die Erkrankung erst im Rahmen der eingeleiteten stationären Heilbehandlung sicher festgestellt werden kann, ist ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht für den Anspruch auf Leistungen nach Abschnitt B bis zur Sicherstellung der endgültigen Diagnose zunächst ausreichend.

Stellt sich im Behandlungsverlauf heraus, dass keine der oben genannten schweren Erkrankungen vorliegt, so endet der Anspruch auf Leistungen nach Abschnitt B spätestens mit Ablauf des dritten Tages nach Stellung der endgültigen Diagnose.

## B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

### 1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland

Erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 1.1 bis B 1.3 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Deutschland sowie die gesetzlichen Zuzahlungen nach Abschnitt B 1.5, sofern diese nachweislich auf

- einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall (vgl. Abschnitt A 3) bzw.
- eine erstmals nach Versicherungsbeginn diagnostizierte schwere Erkrankung (vgl. Abschnitt A 4) zurückzuführen sind.

Wird keine Kostenerstattung nach Abschnitt B 1.1 bis B 1.3 beansprucht, so wird ein Krankenhaustagegeld nach Abschnitt B 1.4 gezahlt.

Ferner besteht ein Anspruch auf Sofort-Schutzleistungen nach Abschnitt B 1.6.

#### 1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattet werden zu 100 % die Kosten für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen im Rahmen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den Höchstsätzen. Wird eine von der geltenden Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

Ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), die im Zusammenhang mit einer erstattungsfähigen Heilbehandlung steht, sind nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

#### 1.2 Stationäre Unterbringung

Erstattet werden zu 100 % die Kosten im Sinne der Bundespflege-satzverordnung (BPfV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer.

#### 1.3 Krankenhauswahl

Erstattet werden zu 100 % die Mehrkosten im Sinne der BPfV bzw. des KHEntG, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt und es sich sowohl beim Krankenhaus der ärztlichen Einweisung als auch beim gewählten Krankenhaus um Krankenhäuser handelt, welche gemäß § 108 SGB V für die GKV zugelassen sind und mit denen gemäß § 109 SGB V ein Versorgungsvertrag geschlossen wurde.

Krankentransportkosten zum und vom Krankenhaus, welche im Rahmen der Krankenhauswahl verbleiben, sind bis zu einem Gesamtbetrag von 250 EUR je Krankenhausaufenthalt nach Vorleistung der GKV ebenfalls erstattungsfähig.

#### 1.4 Krankenhaustagegeld

Wird für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes keinerlei Kostenerstattung gemäß Abschnitt B 1.1 bis B 1.3 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 40 EUR.

Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt. Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

#### 1.5 Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattet werden zu 100 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für die ersten 28 Tage (pro Kalenderjahr) eines stationären Krankenhausaufenthaltes.

#### 1.6 Sofortschutz

##### 1.6.1 Krankenhaus-Sofortschutz

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung besteht Anspruch auf eine Krankenhaus-Soforthilfe mit Kostenübernahme, eine Krankenhaus-Anschlusshilfe mit Kostenübernahme sowie ein Rehabilitations-Management gemäß dem „Leistungsverzeichnis für Sofortschutz-Leistungen“ (Anlage) des Tarifs KlinikSTART.

### 1.6.2 Geltungsbereich

Der Anspruch auf die Sofortschutz-Leistungen nach Abschnitt B 1.6.1 beschränkt sich auf Dienstleistungen in der Bundesrepublik Deutschland.

### 1.6.3 Voraussetzungen

Für die Gewährung der Sofortschutz-Leistungen müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- es liegt ein Unfall vor (vgl. Abschnitt A 3) oder es kann davon ausgegangen werden, dass ein Unfall vorliegt, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist und zur Behandlung der Unfallfolgen wird eine stationäre Heilbehandlung durchgeführt oder
- es liegt eine erstmals nach Versicherungsbeginn diagnostizierte schwere Erkrankung vor (vgl. Abschnitt A 4) und zur Behandlung dieser wird eine stationäre Heilbehandlung durchgeführt und
- der Versicherungsfall (Sofortschutz) wird über das Notfall-Telefon des Versicherers (0231-135 4948) unverzüglich gemeldet und die Organisation der Hilfe erfolgt durch den Versicherer.

## 2 Stationäre Heilbehandlung im Ausland

Erstattet werden bei Heilbehandlung im Ausland die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn im Ausland eingetretenen Unfall (vgl. Abschnitt A 3) oder eine im Ausland akut aufgetretene Erkrankung zurückzuführenden erstattungsfähigen Kosten gemäß Abschnitt B 2.1 und B 2.2 für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung und Krankentransport sowie die in Abschnitt B 2.3 genannten erstattungsfähigen Kosten eines medizinisch notwendigen Krankentransports bzw. bei Tod der versicherten Person die erstattungsfähigen Bestattungs- und Überführungskosten nach Abschnitt B 2.4.

Als Ausland gelten alle Länder der Erde mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland sowie des jeweiligen Staatsgebietes, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

Zu den erstattungsfähigen Leistungen für Heilbehandlung im Ausland zählen die Kosten aufgrund eines Unfalls oder akut aufgetretene Erkrankungen für:

### 2.1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung kann die versicherte Person Leistungen von Krankenhäusern in Anspruch nehmen, die unter ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen, nach in der Bundesrepublik Deutschland oder im Aufenthaltsland wissenschaftlich allgemein anerkannten Methoden arbeiten und Krankengeschichten führen.

### 2.2 Krankentransport zum Krankenhaus

Erstattungsfähig sind die Kosten für den notwendigen Krankentransport in das nächstliegende Krankenhaus im Sinne von Abschnitt B 2.1.

### 2.3 Rückführungskosten

Für eine aus medizinischen Gründen notwendige und ärztlich angeordnete Rückführung der versicherten Person (nicht der Begleitperson) an deren ständigen Wohnsitz oder - sofern wegen der Art der Erkrankung oder Verletzung erforderlich - an einen anderen Ort innerhalb der Bundesrepublik Deutschland werden Mehrkosten erstattet, die durch die vom Arzt angeordnete Art des Rücktransportes entstehen.

Medizinisch notwendig ist eine Rückführung dann, wenn am Aufenthaltsort im Ausland oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Versorgung nicht möglich ist und deshalb eine weitere Gesundheitsschädigung befürchtet werden muss. Sofern sich der Versicherte im Ausland in einem Krankenhaus in stationärer Behandlung befindet, werden auch bei nicht ausreichend begründeter medizinischer Notwendigkeit des Rücktransportes die Mehrkosten dann erstattet, wenn wegen der Schwere der Erkrankung oder Verletzung die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Ausland einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde oder die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Mehrkosten der Rückführung übersteigen würden.

## 2.4 Bestattungskosten/Überführungskosten

Bei Tod der versicherten Person während einer Auslandsreise sind die Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder die Bestattungskosten am Sterbeort im Ausland bis zu 11.000 EUR erstattungsfähig. Entstandene Aufwendungen für die Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland bzw. für die Bestattung am Sterbeort im Ausland sind durch entsprechende Kostenbelege nachzuweisen. Außerdem ist eine amtliche Sterbeurkunde vorzulegen.

## C Optionsrecht

### 1 Ausübung der Option

Für die versicherte Person besteht nach Ablauf von 60 Monaten und erneut nach Ablauf von 120 Monaten, gerechnet vom erstmaligen Beginn des Versicherungsschutzes (frühestens jedoch gerechnet von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten) nach dem Tarif KlinikSTART das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung in noch leistungsstärkere stationäre Zusatztarife umzustellen, die zum Zeitpunkt der Umstellung zum aktiven Produktangebot des Versicherers gehören und alleine Leistungen für stationäre Heilbehandlung vorsehen.

### 2 Voraussetzungen

Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme des Optionsrechts keine Beitragsrückstände bestehen, keine wirksame Kündigung vorliegt und die Versicherung nach dem Tarif KlinikSTART vor einem Eintrittsalter von 40 Jahren begonnen hat.

### 3 Alterungsrückstellung

Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet.

### 4 Gesundheitsprüfung

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

### 5 Beantragungsfrist

Das Optionsrecht entfällt, wenn die Umstellung nicht spätestens bis zum tariflich festgelegten möglichen Zeitpunkt gemäß Abschnitt C 1 beantragt wird.

### 6 Unterbrechung des Optionsrechts

Das Optionsrecht wird unterbrochen, sofern bzw. solange der Tarif KlinikSTART in Anwartschaft geführt wird. Das Optionsrecht verschiebt sich um die Anzahl der Monate der Unterbrechung, sodass sich die Optionsfristen gemäß Abschnitt C 1 entsprechend verlängern.

### 7 Umwandlung in gleichartigen Versicherungsschutz

Unabhängig vom Optionsrecht kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 Abs. 6 Teil I verlangen.

## D Beitragszahlung / Anpassungsvorschriften

### Beitragszahlung (zu § 8 Teil I und II)

Abweichend von § 8 Teil II (Tarifbedingung Nr. 33) ist vom folgenden Monatsersten an, in dem das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollendet wird, der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu entrichten. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

Für Personen, deren Versicherungsverhältnis nach Vollendung des 20. Lebensjahres beginnt, ist der im Tarif für ihr Eintrittsalter gültige Tarifbeitrag zu entrichten. Das Eintrittsalter entspricht dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns des Tarifs.

### Beitragsanpassung (zu § 8b Teil I und II)

Im Falle einer Anpassung nach § 8b Teil I prüft der Versicherer, ob gleichzeitig die in Abschnitt B genannten Euro-Beträge zu erhöhen sind. Diese Euro-Beträge können unter den Voraussetzungen des § 18 Teil I mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres den veränderten Verhältnissen angepasst werden.

---

## **E Sonderbedingungen nach Tarif KlinikSTART (KlinikSTARTpur)**

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Abschnitt A, B, C und D gelten noch folgende Sonderbedingungen; die Sonderbedingungen ermöglichen den Versicherungsschutz nach Tarif KlinikSTART auch ohne Alterungsrückstellungen zu führen.

### **1 Tarifbezeichnung**

Solange die Sonderbedingungen gelten, wird die Tarifbezeichnung durch „pur“ ergänzt (KlinikSTARTpur).

### **2 Annahmefähigkeit**

Annahmefähig nach diesen Sonderbedingungen sind Personen ab Geburt bis zu einem Eintrittsalter von 54 Jahren.

### **3 Ende der Versicherungsfähigkeit**

Die Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen erlischt vom Beginn des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet.

### **4 Automatischer Entfall der Sonderbedingungen ab Alter 55**

Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit nach den Sonderbedingungen (KlinikSTARTpur) entfallen die Sonderbedingungen und die Versicherung wird automatisch nach dem Tarif KlinikSTART bei gleichem Leistungsumfang und unter Bildung von Alterungsrückstellungen weitergeführt. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. § 8a Abs. 3 Teil I bleibt jedoch unberührt, d. h. vereinbarte Risikozuschläge können entsprechend geändert werden.

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nach den Sonderbedingungen (KlinikSTARTpur) ohne Bildung von Alterungsrückstellungen weiterführen, kann er die Vertragsänderung innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach Wegfall der Sonderbedingungen durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung widerrufen.

### **5 Entfall der Sonderbedingungen auf Antrag**

Ergänzend zu Abschnitt E 4 kann der Versicherungsnehmer für versicherte Personen ab Vollendung des 20. Lebensjahres jederzeit den Entfall der Sonderbedingungen beantragen.

### **6 Beitragsberechnung nach den Sonderbedingungen (KlinikSTARTpur)**

Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet.

Von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Monatsersten und dem Beginn des Kalenderjahres an, in dem das 35., 45., 55. bzw. 65. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8a Abs. 2 Teil I.

## **F Dienstleistungsangebot des Versicherers**

### **Kostenberatung und rechtliche Unterstützung**

Wird bei der Bearbeitung eines Erstattungsantrages festgestellt, dass die vorliegende Rechnung gebührenrechtliche Mängel aufweist, sodass eine entsprechende Kürzung des Rechnungsbetrages erforderlich ist, erhält der Versicherungsnehmer je nach Fall neben der Information und Erläuterung der Kürzung zusätzlich

- argumentative Hilfe mit der Benennung von relevanten Rechtsgrundlagen,
- Unterlagen und Empfehlungen zur weiteren Vorgehensweise,
- bei einer Kürzung von mindestens 300 EUR in Einzelfällen die Erstattung des streitigen Betrages gegen Abtretung.

Zudem wird die Erstattung des streitigen Rechnungsbetrages im vertraglichen Umfang garantiert, sofern ein durch den Versicherungsnehmer mit Zustimmung des Versicherers geführter Rechtsstreit mit einem Rechnungsaussteller verloren geht, ohne dass der Versicherungsnehmer selbst oder der von ihm beauftragte Prozessvertreter dies zu vertreten hat und der Versicherer die Möglichkeit hatte, auf die Prozessführung ausreichend Einfluss zu nehmen.