

Besondere Versicherungsbedingungen (BVB) für die Krankenhaustagegeldversicherung

Krankenhaustagegeldtarif MHTG/21K_075 Wertgesicherter Tarif (mit Anpassungsklausel) Erster Abschnitt - Tarifbestimmungen

Für diesen Tarif gelten, falls nicht im Folgenden Abweichendes bestimmt wird, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB-1995/ in der zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltenden Fassung - in weiterer Folge AVB-1995 genannt).

Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

Durch den Abschluss einer Krankenhaustagegeldversicherung nach diesem Tarif erhält der Versicherte bei notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten oder Abteilungen von Krankenanstalten ohne Kostennachweis pro Tag ein Tagegeld in der vereinbarten Höhe.

Das Aufnahmealter ist mit 70 Jahren begrenzt.

Unter Anwendung der Bestimmungen des § 1 AVB-1995 werden folgende Leistungen erbracht. Die Höhe der nachfolgend dargestellten tariflichen Leistungen (tarifliche Höchstbeträge) ergibt sich aus dem zweiten Abschnitt - Leistungen.

I. Krankenhaustagegeld

Für jeden Tag eines medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthaltes infolge Krankheit, Unfall oder Entbindung wird ein Krankenhaustagegeld gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen bezahlt.

II. Krankenhaustagegeld bei Unfall

Bei einem Krankenhausaufenthalt zur Behandlung von Unfallfolgen innerhalb von zwei Jahren nach einem Unfall verdoppelt sich das vereinbarte Krankenhaustagegeld gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen.

III. Begleitpersonkosten

In Abänderung der Bestimmungen des § 5 D(20) AVB-1995 werden bei einem stationären Krankenhausaufenthalt des versicherten Kindes bis zum 18. Lebensjahr anstelle des versicherten Krankenhaustagegeldes die täglichen Kosten der Begleitperson für Nächtigung und Verpflegung in einem Krankenhaus oder in einem Hotel bis zu einem täglichen Höchstbetrag gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen übernommen, und zwar auch dann, wenn die Begleitperson nicht bei der Merkur Versicherung AG versichert ist.

Wird für den Begleitpersonkostenersatz das versicherte Krankenhaustagegeld nicht zur Gänze ausgeschöpft, kann für das versicherte Kind die Differenz zwischen dem Krankenhaustagegeld und der erbrachten täglichen Begleitpersonleistung ausbezahlt werden.

IV. Kur-, Rehabilitations-, Erholungskostenzuschuss, Gesundheitswoche

- (1) Versicherte erhalten für ärztlich verordnete Kur- bzw. Erholungsaufenthalte, im Ausmaß der von der Sozialversicherung genehmigten Dauer, einen Tagessatz gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen für höchstens 28 Tage des Aufenthaltes.

Kinder erhalten pro Tag 25 % des Tagessatzes für einen Erwachsenen gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen, wenn zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme die Prämie für Kinder bezahlt wird.

Kur- und Erholungskostenzuschüsse werden nur dann vergütet, wenn von der Sozialversicherung ein Aufenthalt in einem Kur- oder Erholungsheim genehmigt wird oder ein Zuschuss für den Aufenthalt in einem Kurort bezahlt wird. (Die Bewilligung von Kurmitteln allein genügt nicht.)

Die Dauer des Aufenthaltes ist durch eine von der Verwaltung des Kur- oder Erholungsheimes ausgestellte Aufenthaltsbestätigung nachzuweisen.

- (2) Versicherte erhalten für die ärztlich verordnete und von der Sozialversicherung bewilligte stationäre Rehabilitationsbehandlung im Ausmaß der von der Sozialversicherung genehmigten Dauer, einen Tagessatz gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen für

höchstens 28 Tage für den Versicherungsfall der medizinisch notwendigen Rehabilitationsbehandlung.

Die Dauer des Aufenthaltes ist durch das Bewilligungsschreiben der Sozialversicherung, sowie eine von der Rehabilitationsanstalt ausgestellte Aufenthaltsbestätigung nachzuweisen.

- (3) Versicherte erhalten für die ärztlich verordnete und von der Sozialversicherung bewilligte ambulante Rehabilitationsbehandlung im Ausmaß der von der Sozialversicherung genehmigten Dauer, einen Tagessatz gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen für höchstens 28 Tage für den Versicherungsfall der medizinisch notwendigen Rehabilitationsbehandlung.

Nach Beendigung der ambulanten Rehabilitation ist diese durch das Bewilligungsschreiben der Sozialversicherung, sowie durch die Vorlage einer Bestätigung über die einzelnen absolvierten Behandlungstage von einer für ambulante Rehabilitation ausgerichteten Organisationseinheit und Betriebsform jeglicher Art nachzuweisen.

- (4) Bei einem Aufenthalt in einem Vertragsgesundheitshotel im Rahmen einer Gesundheitswoche werden die Kosten für die mit dem Vertragsgesundheitshotel vertraglich vereinbarten Therapien in voller Höhe übernommen und direkt mit diesem verrechnet. Die mit dem Vertragsgesundheitshotel vereinbarten ermäßigten Aufenthaltskosten trägt der Versicherte selbst.

Begehrt der Versicherte eine Gesundheitswoche bei einem Vertragsgesundheitshotel, hat er einen entsprechenden Antrag in schriftlicher oder in geschriebener Form beim Versicherer einzubringen.

Der Versicherer stellt dem Versicherten auf Anfrage die entsprechenden Unterlagen zur Verfügung.

- (5) Für stationäre Rehabilitationsbehandlungen im Anschluss an eine Erkrankung, ein Trauma oder eine Operation erhält der Versicherte einen Tagessatz gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen für höchstens 28 Tage. Für psychosomatische Behandlungen und Aufenthalte in psychosomatischen Krankenanstalten sowie psychosomatischen Abteilungen einer Krankenanstalt erhält der Versicherte einen Tagessatz gemäß dem Zweiten Abschnitt dieser Bedingungen für höchstens 28 Tage.

V. Bestimmungen betreffend Kostendeckungszusagen

- (1) Die Kostendeckungszusage nach Pkt. IV.(4) kann seitens des Versicherers frühestens zum 1. des Vormonats der in § 18 AVB-1995 genannten Stichtage in geschriebener Form widerrufen werden, sofern in der Versicherungspolize oder in einem Nachtrag zur Polize kein anderer frühester Widerrufstermin ausdrücklich angegeben ist.

Der Widerruf der Kostendeckungszusage wird nach Ablauf von drei Wochen wirksam. Ein Widerruf ist für bereits erfolgte Buchungen anhand des von uns ausgegebenen Buchungscodes ohne Wirkung, die vor dem Wirksamwerden der entsprechenden Mitteilung des Versicherers vorgenommen wurden.

- (2) Diese Kostendeckungszusagen gelten, solange dieser Tarif gemäß § 18 AVB-1995 angepasst wird und bis zu dem Zeitpunkt, zu dem sie frühestens widerrufen werden können und widerrufen werden.

VI. Leistungs- und Prämienanpassung

Für die Leistungs- und Prämienanpassung gelten die Bestimmungen gemäß § 18 AVB-1995.

Zweiter Abschnitt - Leistungen

Stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus

Krankenhaustagegeld EUR 75,00

Stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus bei Unfall

Krankenhaustagegeld bei Unfall verdoppelt EUR 150,00

Begleitpersonskosten

Kostenersatz für eine Begleitperson: pro Tag EUR 75,00

Kur-, Rehabilitations-, Erholungskostenzuschuss

Tagessatz für Erwachsene EUR 25,00