

Krankheitskosten- versicherung

Barmenia
EINFACH. MENSCHLICH.

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif SOS.stationär	Inhaltsübersicht	Seite
<i>Ergänzungstarif für stationäre Heilbehandlung bei schweren Erkrankungen</i>	Versicherungsfähigkeit	2
<i>für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören</i>	1. Leistungen	
	1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen	2
	1.2 Höhe der Leistungen	2
<i>Stand 01.01.2022</i>	2. Beiträge	
	2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge	2
	2.2 Aufnahmehöchstalter	2
Der Tarif SOS.stationär ist als Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung nur gültig in Verbindung mit Teil I, Musterbedingungen (MB/KK 09) und mit Teil II, Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (TB/KK 11).	4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)	
	4.1 Der Versicherungsschutz	2
	4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers	2
	4.3 Ende der Versicherung	2
Tarifbezeichnung im Versicherungsschein Im Versicherungsschein wird der Tarif SOS.stationär mit der Tarifbezeichnung SOS ausgewiesen.	Anhang Liste der schweren Erkrankungen	3

Zur besseren Transparenz für unsere Kunden sind die Tarifdruckstücke im Aufbau einheitlich gestaltet. Dies bedingt, dass die Nummerierung der einzelnen Abschnitte in diesem Tarifdruckstück nicht unbedingt fortlaufend ist.

Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif SOS.stationär können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind.

1. Leistungen

Der Versicherer ersetzt nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall die nachgewiesenen Aufwendungen in folgendem Umfang.

1.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.11 Vorbemerkung

Versicherungsschutz nach Tarif SOS.stationär besteht ausschließlich bei Vorliegen einer im Anhang aufgeführten ärztlich diagnostizierten schweren Erkrankung.

Sofern die schwere Erkrankung erst im Rahmen der eingeleiteten stationären Behandlung sicher festgestellt werden kann, ist ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht für den Anspruch auf Leistungen nach Tarif SOS.stationär bis zur Sicherstellung der endgültigen Diagnose ausreichend. Stellt sich im Behandlungsverlauf heraus, dass keine der im Anhang genannten schweren Erkrankungen vorliegt, endet die Leistungspflicht des Versicherers spätestens mit Ablauf des dritten Tages nach Stellung der endgültigen Diagnose. Der Versicherungsnehmer hat den Versicherer unverzüglich über die Änderung der Diagnose zu informieren.

1.12 Stationäre Heilbehandlung

Bei einer stationären Heilbehandlung wegen einer im Anhang aufgeführten schweren Erkrankung fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen im Krankenhaus für Behandlung (jedoch nicht für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung), für Unterkunft und Verpflegung sowie für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- gesondert berechnete ärztliche Leistungen und die im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführte Aufnahme- und Abschlussuntersuchung. Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig;
- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer;
- allgemeine Krankenhausleistungen in einem in § 108 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V) genannten zugelassenen Krankenhaus. Darunter fallen Krankenhäuser,
 - die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind,
 - die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder
 - die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben;
- notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

Bei stationärer Heilbehandlung im Ausland sind die Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, in der sie bei einer stationären Heilbehandlung in Deutschland erstattungsfähig gewesen wären.

1.13 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Bei einer ambulanten Operation im Krankenhaus fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für

- gesondert berechnete ärztliche Leistungen. Gebühren sind im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig;
- Leistungen des Krankenhauses.

1.2 Höhe der Leistungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:

- für gesondert berechnete ärztliche Leistungen gemäß Ziffer 1.12 a) 100 %
- für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer gemäß Ziffer 1.12 b) 100 %
- für allgemeine Krankenhausleistungen in einem in § 108 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch (SGB V) genannten zugelassenen Krankenhaus gemäß Ziffer 1.12 c) 100 %
der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen. Nicht erstattungsfähig sind die im Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) vorgesehenen Zuzahlungen und prozentualen Eigenbeteiligungen des Versicherten bei stationärer Behandlung. Erfolgt keine Leistung der GKV, so entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif;
- für Transporte zum und vom Krankenhaus gemäß Ziffer 1.12 d) 100 %
der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 250,00 EUR je Krankenhausaufenthalt. Nicht erstattungsfähig sind die im Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) vorgesehenen Eigenbeteiligungen des Versicherten an den Transportkosten;
- für ambulante Operationen im Krankenhaus gemäß Ziffer 1.13 100 %
der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen.

Sofern Versicherte von der Möglichkeit Gebrauch machen, in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung zu wählen, gilt dieser Selbstbehalt ebenfalls als Vorleistung der GKV.

2. Beiträge

2.1 Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0-14	0,76
15-21	0,97
21-35	1,89
36-50	4,96
51-65	13,71
66-	51,06

2.2 Aufnahmehöchstalter

Für den Tarif SOS.stationär gilt kein Aufnahmehöchstalter.

4. Änderung und Ergänzung der Musterbedingungen (MB/KK 09) und der Allgemeinen Tarifbedingungen (TB/KK 11)

4.1 Der Versicherungsschutz

4.19 b) Zu § 6 (1) MB/KK 09: Nachweis der Aufwendungen

Auf allen Kostenbelegen müssen die Leistungen der GKV bestätigt sein.

4.2 Pflichten des Versicherungsnehmers

4.21 Zu § 8 (1.1) TB/KK 11: Festsetzung des Beitrages

§ 8 (1.1) TB/KK 08 lautet für diesen Tarif wie folgt: Der Beitrag für Kinder (0-14 Jahre bzw. 15-21 Jahre) gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 14. bzw. 21. Lebensjahr vollenden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15-21 bzw. 21-35 zu zahlen.

Der Beitrag der Altersgruppe 21-35 bzw. 36-50 bzw. 51-65 gilt bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person 35 Jahre und sechs Monate bzw. 50 Jahre und sechs Monate bzw. 65 Jahre und sechs Monate alt wird. Danach ist der Beitrag der Altersgruppe 36-50 bzw. 51-65 bzw. 66- zu zahlen.

4.3 Ende der Versicherung

4.32 Zu § 15 MB/KK 09: Beendigung der Versicherung

Endet die Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung, so endet die Versicherung nach dem Tarif SOS.stationär für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung fortfällt.

Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Liste der schweren Erkrankungen

Als schwere Erkrankungen im Sinne des Tarifs
SOS.stationär gelten:

- Akuter Herzinfarkt inkl. Operation am offenen Herzen
- Bösartiger Tumor
- Leukämie/Blutkrebs
- Bösartige Erkrankungen der Lymphknoten
- Bösartige Erkrankungen des Knochenmarks
- Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflicht
- Hirnblutung
- Hirninfarkt (Schlaganfall)
- Knochenmarksversagen
- Multiple Sklerose
- Gehirn-Operation
- Operationspflichtiges Aortenaneurysma
- Verbrennungen III. Grades von mindestens 20 % der Hautoberfläche
- Organtransplantation (Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse, Knochenmark) als Empfänger
- Offene Schädel-Hirn-Verletzung
- Schweres Schädel-Hirn-Trauma
- Fraktur an mindestens zwei langen Röhrenknochen (Oberarm, Oberschenkel)
- Kombination aus zwei folgenden Verletzungen: Fraktur eines langen Röhrenknochens, Beckenfraktur, Wirbelsäulenfraktur, Gewebeerstörender Schaden eines inneren Organs
- AIDS und HIV
- Koma oder Wachkoma
- Infektiöse Meningitis/Enzephalitis
- Lähmung eines Beines und eines Armes oder einer Körperhälfte oder Querschnittslähmung durch Schädigung des Gehirns oder Rückenmarks
- Gesundheitsschädigung durch Rettung von Menschenleben
- Einwirkung von Gasen und Dämpfen