Krankheitskostenversicherung

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif Mehr Komfort Krankheit

Ergänzungstarif für stationäre Heilbehandlung bei schweren Krankheiten

Für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören oder Anspruch auf Heilfürsorge haben.

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Mehr Komfort Krankheit** in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen (**MB/KK 09**) und
Teil II Allgemeine Tarifbedingungen der Barmenia Krankenversicherung AG (**TB/KK 13**).
Die Teile I und II finden Sie in einer separaten Unterlage.
Teil III Tarif **Mehr Komfort Krankheit**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Mehr Komfort Krankheit** im Versicherungsschein: **KOMFK**

Stand 01.01.2023

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Mehr Komfort Krankheit**. Den genauen Umfang der Leistungen finden Sie auf den folgenden Seiten.

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer	100 %	-
Ersatzleistung bei Verzicht auf die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer	25 EUR/Tag	-
Privatärztliche Behandlung (zum Beispiel Chefarzt)	100 %	-
Ersatzleistung bei Verzicht auf die privatärztliche Behandlung	25 EUR/Tag	-
Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen/ freie Krankenhauswahl	100 %	-
Vor- und nachstationäre Behandlung	100 %	-
Transportkosten	100 %	250 EUR je Krankenhausaufenthalt
Ambulante Operationen im Krankenhaus	100 %	-
Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung	100 %	-
Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-In für Kinder bis zum 16. Lebensjahr)	100 %	-
Ärztliche Zweitmeinung	100 %	-
Reha-Tagegeld	100 EUR/Tag	21 Tage

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Gesetzliche Zuzahlungen im Krankenhaus (stationärer Aufenthalt und Transport)	100 %	-
Rücktransport aus dem Ausland	100 %	-

A. Vorbemerkung

Wer kann versichert werden?

Nach dem Tarif **Mehr Komfort Krankheit** können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben. Ein Höchst- oder Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Mehr Komfort Krankheit** gibt es nicht.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Mehr Komfort Krankheit** bietet Ihnen und/oder den versicherten Personen[1] einen Versicherungsschutz, der die Leistungen der GKV oder eines anderen Kostenträgers (zum Beispiel bei Anspruch auf Heilfürsorge) ergänzt. Bitte nehmen Sie deshalb die Leistungen der GKV oder des anderen Kostenträgers zuerst in Anspruch, bevor Sie die Rechnungen einreichen. Sie erhalten die tariflichen Leistungen (außer nach Buchstabe B, Ziffer 3) auch, wenn die GKV oder Heilfürsorge keine Leistungen erbringt.

Wir leisten, wenn die Kosten nachweislich auf eine schwere Krankheit zurückzuführen sind (vergleiche Buchstabe D, Ziffer 1). Die schwere Krankheit muss nach Versicherungsbeginn eingetreten sein.

Wir erstatten die Gebühren für ärztliche Leistungen im tariflichen Umfang **über** den Gebührenrahmen der jeweils gültigen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus.

Was ist versichert und in welcher Höhe?

1. Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer — **100 %** der Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer bei einer stationären Heilbehandlung.

   Sie können an Stelle der Kostenerstattung die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes wählen:
   25 EUR für jeden Tag einer vollstationären Behandlung, wenn das Krankenhaus das Ein- oder Zweibettzimmer nicht gesondert berechnet.

2. Privatärztliche Behandlung (zum Beispiel Chefarzt) — **100 %** der Kosten für die gesondert berechnete ärztliche Leistung bei einer stationären Heilbehandlung. Zur privatärztlichen Behandlung gehören auch Leistungen durch einen Belegarzt.

   Sie können an Stelle der Kostenerstattung die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes wählen:
   25 EUR für jeden Tag einer vollstationären Behandlung, wenn das Krankenhaus die privatärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet.

[1] Im Folgenden wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die versicherten Personen zu nennen.

3. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen/freie Krankenhauswahl	**100 %**	der Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen. Mehrkosten können entstehen, wenn die GKV die Kosten nicht vollständig übernimmt. Beispiel: Sie wählen ein anderes Krankenhaus als das in der ärztlichen Einweisung genannte. Leistet die GKV oder der andere Kostenträger nicht für die allgemeinen Krankenhausleistungen, entfällt auch die Leistung für allgemeine Krankenhausleistungen nach Tarif **Mehr Komfort Krankheit**. Die anderen Leistungen des Tarifs bleiben hiervon unberührt. Die gesetzlichen Zuzahlungen für den stationären Aufenthalt werden nach Ziffer 11 erstattet.
4. Vor- und nachstationäre Behandlung	**100 %**	der Kosten für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus. Die vorstationäre Behandlung hat zum Ziel, die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten. Sie ist begrenzt auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung. Die nachstationäre Behandlung hat zum Ziel, im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Therapieerfolg zu sichern oder zu festigen. Sie ist begrenzt auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Krankenhausbehandlung.
5. Transportkosten	**100 %**	der Kosten für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus bis maximal 250 EUR je Krankenhausaufenthalt. Die gesetzlichen Zuzahlungen für den stationären Transport werden nach Ziffer 11 erstattet.
6. Ambulante Operationen im Krankenhaus	**100 %**	der Kosten für - gesondert berechnete ärztliche Leistungen, - Leistungen des Krankenhauses und - Vor- und Nachuntersuchungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der ambulanten Operation im Krankenhaus stehen.
7. Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung	**100 %**	der Kosten für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen im Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführt werden.
8. Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-In)	**100 %**	der Kosten für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, wenn eine Begleitperson während einer stationären Behandlung des Kindes im Krankenhaus stationär aufgenommen wird. Voraussetzung ist, dass das Kind nach diesem Tarif versichert und noch keine 16 Jahre alt ist.
9. Ärztliche Zweitmeinung	**100 %**	der Kosten für eine ärztliche Zweitmeinung zu einer stationären Heilbehandlung (zum Beispiel, bei einer angeratenen Operation). Wenden Sie sich bitte dazu an den von uns genannten Dienstleister. Wenn Ihnen hierzu keine Informationen vorliegen, wenden Sie sich bitte direkt an uns. Falls Sie sich in Folge einer ärztlichen Zweitmeinung für eine andere Behandlung entscheiden, übernehmen wir die Kosten für diese Behandlung nur, wenn sie nach diesem Tarif versichert sind.

10. Reha-Tagegeld **100 EUR** je Tag bis maximal 21 Tage bei einer stationären Rehabilitationsmaßnahme.
Wir zahlen das Tagegeld unter folgenden Voraussetzungen:
- Ein gesetzlicher Rehabilitationsträger übernimmt die Kosten für die Rehabilitationsmaßnahme.
- Vor der Rehabilitationsmaßnahme wurden Sie stationär im Krankenhaus behandelt.
- Die stationäre Behandlung stand mit der Rehabilitationsmaßnahme im Zusammenhang.

11. Gesetzliche Zuzahlungen im Krankenhaus (stationärer Aufenthalt und Transport) **100 %** der Zuzahlungen, die Sie bei stationären Behandlungen nach dem Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung zu tragen haben.
Das sind Zuzahlungen für
- stationäre Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 4 SGB V) und
- stationäre Transportkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V).

Bitte reichen Sie einen Beleg mit dem Namen der behandelten Person und Art und Höhe der Zuzahlung ein.

12. Rücktransport aus dem Ausland **100 %** der Kosten für folgende Rücktransporte:
- Medizinisch sinnvolle und vertretbare Rücktransporte aus dem Ausland.
  Wir übernehmen die Kosten, wenn Sie an den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts oder in ein geeignetes Krankenhaus in Deutschland transportiert werden müssen. Eingeschlossen sind die Kosten für das gegebenenfalls erforderliche, medizinisch geschulte Begleitpersonal.
- Rettungsflüge
  Das sind Krankentransporte mit einem speziell dafür ausgerüsteten und zugelassenen Ambulanzflugzeug. Wir übernehmen die Kosten, wenn Sie schwer erkrankt oder verletzt sind. Weitere Voraussetzung: Der Rettungsflug ist nach ärztlichem Attest die einzige Möglichkeit, eine lebensbedrohliche Entwicklung zu vermeiden. Der Rettungsflug muss von einem nach der Richtlinie für die Durchführung von Ambulanzflügen anerkannten Flugrettungsunternehmen durchgeführt werden.

Zudem ersetzen wir diese Kosten auch in folgenden Fällen:
- Die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland liegen über den Rücktransportkosten.
- Nach der Prognose des behandelnden Arztes übersteigt die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich sieben Tage.

C. Beiträge

1. Monatliche Raten der Tarifbeiträge

Die monatlichen Raten der Tarifbeiträge betragen je versicherte Person:

Tarifliches Eintrittsalter (Altersgruppe)	EUR
0 - 14	0,36
15 - 21	0,92
21 - 30	1,44
31 - 40	2,33
41 - 50	5,94
51 - 60	10,12
61 - 70	23,95
71 - 80	44,71
ab 81	59,59

Die hier genannten Beiträge können sich unter den Voraussetzungen des § 8b MB/KK 09 ändern.

2. Wie berechnet sich das tarifliche Eintrittsalter?

Abweichend von § 8 Abs. 1.1 TB/KK 13 ist der Beitrag für Kinder (0 - 14 bzw. 15 - 21 Jahre) bis zum Ende des Monats zu zahlen, in dem sie 14 bzw. 21 Jahre alt werden. Danach ist für sie der Beitrag für das tarifliche Eintrittsalter 15 - 21 bzw. 21 - 30 zu zahlen.

Der Beitrag der Altersgruppen 21 - 30, 31 - 40, 41 - 50, 51 - 60, 61 - 70 bzw. 71 - 80 gilt bis zum Ende des Monats, in dem Sie 31 Jahre, 41 Jahre, 51 Jahre, 61 Jahre, 71 Jahre bzw. 81 Jahre alt werden. Danach ist der Beitrag der jeweils nächsten Altersgruppe zu zahlen.

D. Weitere Hinweise zu Ihrem Versicherungsschutz

Hier erhalten Sie weitere Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz, die für Sie wichtig sind. Grundlage sind die Teile I und II der AVB, die wir durch folgende tarifliche Regelungen ohne Nachteile für Sie geändert oder ergänzt haben.

1. Was verstehen wir unter einer schweren Krankheit?

Abweichend von § 1 Abs. 2 MB/KK 09 liegt eine schwere Krankheit im Sinne dieses Tarifs vor, wenn bei Ihnen eine der aufgeführten schweren Krankheiten erstmals nach Beginn des Tarifs ärztlich diagnostiziert wird.

Bei folgenden schweren Krankheiten besteht nach dem Tarif **Mehr Komfort Krankheit** Versicherungsschutz:

- AIDS und HIV
- Akuter Herzinfarkt mit Einschränkung der Pumpfunktion
- Offene Herz-Operationen
- Bösartige Tumoren/Krebserkrankungen einschließlich Leukämie/Blutkrebs
- Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflicht
- Hirnblutung oder Hirninfarkt (Schlaganfall)
- Multiple Sklerose
- Gehirn-Operation
- Operationsbedürftiges Aortenaneurysma
- Organtransplantation (Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse, Knochenmark) als Empfänger
- Koma oder Wachkoma
- Infektiöse Meningitis/Enzephalitis
- Teillähmung/Lähmung mindestens eines Beines oder eines Armes
- Arterielle Bypass-Operationen
- Therapierefraktäre Epilepsie
- Amputationen infolge einer Krankheit
- Chronische Osteomyelitis
- Gesundheitsschädigung durch Rettung von Menschenleben
- Alle seltenen, behandlungsbedürftigen Krankheiten (zum Beispiel ALS)
  In der Europäischen Union (EU) gilt eine Krankheit als selten, wenn nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen in der EU von ihr betroffen sind.

Bis die Diagnose der schweren Krankheit im Rahmen der stationären Behandlung sicher festgestellt werden kann, reicht für Ihren Anspruch auf Leistungen ein ärztlich begründeter Verdacht aus.

Stellt sich dann heraus, dass keine der genannten schweren Krankheiten im Sinne dieses Tarifs vorliegt, leisten wir bis zu drei Tage nach Stellung der endgültigen Diagnose.

Sie haben uns unverzüglich über die Änderung der Diagnose zu informieren.

2. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

3. Haben Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen?

Wenn Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandsreise-Krankenversicherung abgeschlossen haben, gehen dessen Verpflichtungen zur Leistung vor. Das gilt auch dann, wenn in dieser Auslandsreise-Krankenversicherung ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist. Gleichwohl müssen Sie den anderen Versicherer nicht zuerst in Anspruch nehmen. Die Regelung wirkt sich allein auf den Ausgleich zwischen den Versicherern aus. Wird der Versicherungsfall zuerst uns gemeldet, werden wir in Vorleistung treten und den Schadensfall bedingungsgemäß regulieren.

4. Wann können Sie den Tarif **Mehr Komfort Krankheit** kündigen?

Nach dem Tarif **Mehr Komfort Krankheit** beträgt die Mindesttarifdauer zwölf Monate. Sie können den Tarif **Mehr Komfort Krankheit** zum ersten Mal ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif **Mehr Komfort Krankheit** ohne eine Frist täglich kündigen. Der Tarif endet an dem Tag, an dem die Kündigung bei uns eingeht. Sie können aber auch einen späteren Kündigungstag festlegen.

Beispiel:

Beginn des Tarifs **Mehr Komfort Krankheit**:	01.06.2022
Ende der Mindesttarifdauer:	31.05.2023
Frühestmöglicher Kündigungstermin des Tarifs **Mehr Komfort Krankheit**:	31.05.2023

Danach ist eine Kündigung jeden Tag möglich.

5. Was ist zu beachten, wenn Ihre Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet?

In diesem Fall endet Ihre Versicherung nach dem Tarif **Mehr Komfort Krankheit** an dem Tag, an dem die Versicherung in der GKV oder der Anspruch auf Heilfürsorge endet. Bitte teilen Sie uns das Ende der Versicherung in der GKV oder Heilfürsorge so schnell wie möglich mit.