

# Informationsblatt zur Privaten Krankenversicherung

## Tarif betriebliche KV Krankenhaus bei Unfall

**Diese Informationen geben Ihnen einen ersten Überblick über die Versicherung, die der Versicherungsnehmer (also z.B. Ihr Arbeitgeber) für Sie abgeschlossen hat. Sie sind nicht abschließend. Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich ausschließlich aus der beigefügten Versichertenbescheinigung und den Versicherungsbedingungen, die dem Versicherungsnehmer vorliegen.**

### 1. Wie sind die vertraglichen Beziehungen?

Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Er hat den Versicherungsvertrag bei uns abgeschlossen und zahlt die Beiträge. Sie haben uns gegenüber aber den unmittelbaren Anspruch auf die Versicherungsleistungen.

### 2. Welche Versicherungsbedingungen gelten?

Grundlage sind die Versicherungsbedingungen für den abgeschlossenen Tarif.

Sie können die Versicherungsbedingungen beim Versicherungsnehmer erhalten.

### 3. Welcher Versicherungsschutz ist vereinbart?

Hier finden Sie die wesentlichen Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz. Die weiteren Einzelheiten sind in den Versicherungsbedingungen geregelt.

#### Versicherungsfall

Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen eines Unfalls im vertraglichen Sinne. Es besteht keine Leistungspflicht für andere Gesundheitsschäden und Krankheiten sowie für zahnärztliche Leistungen.

#### (1) Unfall im vertraglichen Sinne

Ein Unfall im vertraglichen Sinne liegt vor, wenn Sie durch ein nach Beginn des Versicherungsschutzes plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine unmittelbare Gesundheitsschädigung (Unfallfolge) erleiden. Gesundheitsschäden durch Unfälle, die Sie bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei Bemühung zur Rettung von Menschenleben, Tieren oder Sachen erleiden, gelten als unfreiwillig eingetreten.

Als Unfall gilt dabei auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule unmittelbar

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

#### (2) Beginn und Ende des Versicherungsfalls

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn Sie nach medizinischem Befund nicht mehr behandlungsbedürftig sind. Wenn die Heilbehandlung auf eine Unfallfolge ausgedehnt werden muss, die mit der bis-

her behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

#### Versicherte Leistungen

##### a) Versicherte Leistungen bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung

Wir ersetzen bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung wegen eines Unfalls die Aufwendungen wie folgt:

##### (1) Spezielle Leistungsvoraussetzung

Wir leisten ausschließlich für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung, wenn diese im Rahmen einer zum Unfallereignis zeitnahen Heilbehandlung im vertraglichen Sinne erfolgt.

Eine zeitnahe Heilbehandlung liegt vor, wenn bei Ihnen wegen der Unfallfolge innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfallereignis

- eine versicherte ambulante Voruntersuchung,
- eine versicherte ambulante Operation oder
- eine versicherte medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus durchgeführt wird.

Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, leisten wir für diese Unfallfolge für alle medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlungen im vertraglichen Umfang, auch wenn sie erst nach dem 12-Monatszeitraum erfolgen.

##### (2) Versicherte Leistungen, wenn das Krankenhaus dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegegesetzverordnung unterliegt

- 100 % für die Wahlleistung Unterkunft im Zweibettzimmer.
- 100 % für wahlärztliche und belegärztliche Leistungen (mit Ausnahme von zahnärztlichen Leistungen), auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus.
- 100 % der verbleibenden Kosten nach Vorleistung der Grundabsicherung für allgemeine Krankenhausleistungen bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses sowie für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson im Krankenhaus. Erbringt die GKV keine Vorleistungen, besteht keine Leistungspflicht bei gesetzliche Versicherten.
- Ersatzweises Krankenhaustagegeld:
  - 25 EUR, wenn auf die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer verzichtet wird. Für den Entlasstag sowie für die Dauer der Behandlung auf der Intensiv- oder Säuglingsstation zahlen wir kein ersatzweises Krankenhaustagegeld.

- 25 EUR, wenn auf gesondert berechnungsfähige wahlärztliche und belegärztliche Behandlung verzichtet wird.

Wir zahlen kein ersatzweises Krankenhaustagegeld für Tage vollständiger Abwesenheit aus dem Krankenhaus sowie bei teilstationärer Behandlung und bei Behandlung in Privatkliniken.

### (3) Versicherte Leistungen, wenn das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt (Privatklinik)

#### Erstattungsprozentsätze

- 100 % der verbleibenden Kosten nach Vorleistung der Grundabsicherung bei Unterkunft im Zwei- oder Mehrbettzimmer.
- 60% der verbleibenden Kosten nach Vorleistung der Grundabsicherung bei Unterkunft im Einbettzimmer.

Erbringt die GKV keine Vorleistungen, besteht keine Leistungspflicht bei gesetzliche Versicherten.

#### Erstattungsfähige Aufwendungen

- Krankenhausleistungen, auch für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer, einschließlich medizinisch notwendiger Mitaufnahme einer Begleitperson im Krankenhaus.
- Gesondert berechnete ärztliche Leistungen (mit Ausnahme von zahnärztlichen Leistungen), auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.

### (4) Besonderheiten bei Psychotherapie / Psychiatrie

Wir übernehmen die verbleibenden Kosten nach Vorleistung der Grundabsicherung für die erstmalige medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung wegen psychischer oder psychiatrischer Unfallfolgen. Voraussetzung ist, dass wir Ihnen vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Zusage gegeben haben und die stationäre Behandlung im Rahmen einer zeitnahen Heilbehandlung im vertraglichen Sinne erfolgt.

Eine zeitnahe Heilbehandlung bei Psychotherapie / Psychiatrie liegt vor, wenn Sie innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfallereignis wegen einer psychischen oder psychiatrischen Unfallfolge ambulant oder stationär behandelt werden. Eine ambulante Behandlung ist ausreichend, wenn diese durch einen

- niedergelassenen, in einer Krankenhaus-Ambulanz oder einem medizinischen Versorgungszentrum tätigen, approbierten Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder
- in eigener Praxis tätigen, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten mit entsprechendem Fachkundenachweis erfolgt.

Bitte beachten Sie, dass für denselben Versicherungsfall kein Anspruch auf eine Zusage für eine weitere stationäre Heilbehandlung wegen psychischer oder psychiatrischer Unfallfolgen besteht.

### (5) Versicherte Leistungen für die Verlegung in ein anderes Krankenhaus (Wunschverlegung)

- 100 % für die Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands, das dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt (keine Privatkliniken), auch wenn hierfür keine medizinische Notwendigkeit besteht; Voraussetzung ist, dass die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens 7 Tage andauert und die Verlegung über uns organisiert wird.

### (6) Versicherte Serviceleistungen

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus erbringen wir folgende Serviceleistungen:

#### • Ansprechpartner

Wir nennen einen persönlichen Ansprechpartner bei uns, an den Sie sich während des gesamten Behandlungsverlaufs telefonisch wenden können.

#### • Nennung von Leistungserbringern

Wir nennen Ihnen Kliniken (auch im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation) und Erbringer von Assistenzleistungen.

#### • Kontaktaufnahme zur Koordination

Wenn es zur besseren Koordination von Behandlungsabläufen erforderlich ist, nehmen wir Kontakt zu den behandelnden Krankenhausärzten und zu den Leistungserbringern auf, die zum Versorgungsmanagement der Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB) gehören, bei der Sie versichert sind.

#### • Beratung

Wir beraten Sie über Möglichkeiten der ambulanten Versorgung im Anschluss an eine stationäre Heilbehandlung sowie über Leistungen der sozialen Pflege-Pflichtversicherung.

### b) Versicherte Leistungen bei medizinisch notwendiger ambulanter Behandlung

Wir ersetzen bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung wegen eines Unfalls (mit Ausnahme von zahnärztlichen Behandlungen) die Aufwendungen wie folgt:

#### (1) Spezielle Leistungsvoraussetzung

Wir leisten ausschließlich für die versicherten ärztlichen Leistungen, wenn die ambulante Operation im Rahmen einer zum Unfallereignis zeitnahen Heilbehandlung im vertraglichen Sinne erfolgt.

Eine zeitnahe Heilbehandlung liegt vor, wenn bei Ihnen wegen der Unfallfolge innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfallereignis

- eine versicherte ambulante Voruntersuchung,
- eine versicherte ambulante Operation oder
- eine versicherte medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus durchgeführt wird.

Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, leisten wir für diese Unfallfolge für alle versicherten ärztlichen Leistungen

gen im vertraglichen Umfang, auch wenn sie erst nach dem 12-Monatszeitraum erfolgen.

## (2) Versicherte ärztliche Leistungen

- 100 % der verbleibenden Kosten nach Vorleistung der Grundabsicherung für ärztliche Leistungen, auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus, für
  - ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationärer ersetzende Eingriffe im Krankenhaus (keine Praxiskliniken) gemäß dem jeweils geltenden Katalog nach § 115b Abs. 1 Nr. 1 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) (AOP-Katalog); z.B. Metallentfernung nach Knochenbrüchen, arthroskopische Eingriffe am Knie oder an der Schulter;
  - die damit zusammenhängenden anästhesiologischen Leistungen sowie Leistungen, die während der ambulanten Operation im unmittelbaren medizinischen Zusammenhang erbracht oder veranlasst werden (insbesondere Laboruntersuchungen, radiologische, histologische und pathologische Leistungen).
- 100 % der verbleibenden Kosten nach Vorleistung der Grundabsicherung für eine einmalige ambulante Voruntersuchung durch den operierenden Arzt, auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus, wenn sie maximal 4 Wochen vor der ambulanten Operation erfolgt.
- 100 % der verbleibenden Kosten nach Vorleistung der Grundabsicherung für ambulante Nachuntersuchungen durch den operierenden Arzt, auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus, wenn sie erforderlich sind, um den Behandlungserfolg der ambulanten Operation zu sichern oder zu festigen, und maximal an 7 Behandlungstagen innerhalb von 14 Tagen nach der ambulanten Operation erfolgen.

Erbringt die GKV keine Vorleistungen, besteht keine Leistungspflicht bei gesetzlich Versicherten.

## 4. Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Nicht alle Sachverhalte sind vom Versicherungsschutz umfasst. Beispielsweise ist unsere Leistungspflicht in folgenden Fällen ausgeschlossen:

### Unfälle

- Unfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind.
- Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die Ihren ganzen Körper ergreifen. Wir leisten dennoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch einen Unfall im vertraglichen Sinne verursacht worden sind.
- Unfällen, die Sie bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt haben oder Ihnen dadurch zustoßen, dass Sie vorsätzlich eine Straftat ausführen oder versuchen.
- Unfällen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht worden sind.

### Unfallfolgen

- Gesundheitsschäden durch Strahlen.

- Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen sowie durch Eingriffe, unabhängig von ihrem Zweck, an Ihrem Körper. Wir leisten dennoch für unmittelbare Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, wenn diese Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen Unfall im vertraglichen Sinne veranlasst worden sind.
- Infektionen.
  - Wir leisten auch dann nicht, wenn die Infektionen
    - durch Insektenstiche oder -bisse oder
    - durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht worden sind, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangt sind.
  - Wir leisten dennoch für
    - durch Zeckenbisse unmittelbar übertragene Infektionen,
    - Tollwut und Wundstarrkrampf sowie
    - Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen in den Körper gelangt sind, die nicht nach dem oben genannten ausgeschlossen sind.

Außerdem leisten wir für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht worden sind, wenn diese Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen Unfall im vertraglichen Sinne veranlasst worden sind.

- Vergiftungen.
  - Wir leisten dennoch für Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls jünger als 10 Jahre ist. Ausgeschlossen bleiben Vergiftungen durch Nahrungsmittel. Wir leisten außerdem, wenn Sie infolge plötzlich ausströmender Gase oder Dämpfe unfreiwillig eine Vergiftung erleiden.
- Unfallfolgen, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Unfallereignis stehen, und Krankheiten.

### Weitere Leistungsausschlüsse

- Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Kinder oder Eltern (nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß).
- Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.
- Eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.
- Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger.
- Zuzahlungen im Sinne vom § 61 SGB V.
- Zahnärztliche Leistungen (einschließlich vorbereitender und begleitender Eingriffe), unabhängig davon, ob diese von einem Arzt, Zahnarzt oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen erbracht werden.
- Ambulante präoperative und postoperative ärztliche Leistungen, soweit sie über eine vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nach § 115a SGB V oder über die versicherten Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus hinausgehen.

Dies ist keine abschließende Darstellung. Die vertraglichen Leistungsausschlüsse sind umfassend in den Versicherungsbedingungen geregelt.

## 5. Welche Mitteilungs- und Anzeigepflichten müssen Sie beachten?

Bitte beachten Sie:

### **Vorleistung eines anderen Kostenträgers**

Ihre gesetzliche Krankenversicherung ist vorleistungspflichtig. Deshalb müssen Sie uns über die Leistungen eines gesetzlichen oder eines anderen privaten Kostenträgers informieren. Legen Sie uns hierzu die Rechnungszweitschrift mit den Erstattungsvermerken vor.

### **Unfallbericht**

Wenn Sie eine Rechnung bei uns einreichen oder uns einen Unfall melden, senden wir Ihnen einen Unfallbericht zu. Diesen müssen Sie vollständig ausfüllen und an uns zurücksenden. Nur dann können wir unsere Leistungspflicht abschließend prüfen.

### **Erfordernis unserer vorherigen schriftlichen Leistungszusage bei Psychotherapie / Psychiatrie**

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung wegen psychischer oder psychiatrischer Unfallfolgen leisten wir nur, wenn wir Ihnen vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Zusage gegeben haben. Um prüfen zu können, ob die Voraussetzungen für eine Zusage erfüllt sind, können wir verlangen, dass Sie uns dafür einen Befundbericht vorlegen. Bitte beachten Sie die oben aufgeführten weiteren Besonderheiten.

### **Erfordernis unserer vorherigen schriftlichen Leistungszusage bei Behandlung in gemischten Krankenanstalten**

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die auch Kuren und Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen (gemischte Krankenanstalten), leisten wir nur, wenn wir Ihnen vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Zusage gegeben haben. Auf das Erfordernis unserer vorherigen schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns nicht bei Notfallbehandlung oder wenn eine sofortige stationäre Heilbehandlung aufgrund einer akuten Erkrankung während des Aufenthaltes in der gemischten Krankenanstalt medizinisch notwendig ist oder wenn die gemischte Krankenanstalt das einzige geeignete Krankenhaus in der Nähe zum Wohnsitz ist.

## 6. Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem auf Ihrer Versichertenbescheinigung angegebenen Zeitpunkt.

Der Versicherungsvertrag ist befristet. Er endet deshalb bei Renteneintritt, aber spätestens mit Ablauf des Monats, in dem Sie 70 Jahre alt werden. Außerdem endet der Versicherungsschutz durch Kündigung des Versicherungsvertrages durch den Versicherungsnehmer oder mit Ihrem Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrags. Die vertraglichen Beendigungsgründe sind umfassend in den Versicherungsbedingungen geregelt.

## 7. Wie können Rechnungen für in Anspruch genommene Leistungen eingereicht werden?

Das geht ganz bequem mit der Allianz Gesundheits-App. Einfach Rechnung abfotografieren und digital zur Erstattung einreichen. Suchen Sie in Ihrem App-Store für iOS oder Android nach "Allianz Gesundheits-App", laden diese herunter und registrieren Sie sich in wenigen Schritten.

## 8. Was ist eine Grundabsicherung?

Eine Grundabsicherung liegt vor, wenn Sie eine gesetzliche Absicherung im Krankheitsfall oder eine private Krankenversicherung nach § 146 Versicherungsaufsichtsgesetz haben.