

Tarif BVS

Stationäre Ergänzungsversicherung für Heilfürsorge- und Beihilfeberechtigte

Geschlechtsunabhängig kalkulierter Tarif (Unisex-Tarif)

Teil III Tarife

Stationäre Ergänzungsversicherung für Heilfürsorge- und Beihilfeberechtigte

Der Tarif BVS gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, bestehend aus

Teil I – Musterbedingungen (MB/KK 2013) und

Teil II – Tarifbedingungen.

Aufnahmefähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge oder Beihilfe sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen aufgenommen werden, die bei der Concordia Krankenversicherungs-AG nach Tarif BV versichert sind.

Für Personen, deren beihilfefähigen Aufwendungen auf eine Behandlung im Drei- oder Mehrbettzimmer begrenzt ist, gilt als weitere Abschlussvoraussetzung das Bestehen des Tarifs SZB bei der Concordia Krankenversicherungs-AG.

Endet das Versicherungsverhältnis nach Tarif BV bzw. Tarif SZB bei Personen, deren beihilfefähigen Aufwendungen auf eine Behandlung im Drei- oder Mehrbettzimmer begrenzt ist, so endet zum gleichen Zeitpunkt auch das Versicherungsverhältnis nach Tarif BVS.

Versicherungsleistungen

Die Leistungen des Tarifs BVS dürfen zusammen mit den Leistungen der Beihilfe, des Tarifs BV sowie des Tarifs SZB die entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen.

Die Aufwendungen werden nur insoweit erstattet, als sie nicht durch Ansprüche gegenüber der Beihilfe und/oder des Tarifs BV bzw. des Tarifs SZB abgedeckt sind. Die Versicherungsleistungen werden erst dann ausgezahlt, wenn die Vorleistung der Beihilfe anhand des Beihilfebescheids nachgewiesen wird.

Sofern der Erstattungsprozentsatz des Tarifs BV und/oder des Tarifs SZB sowie der Beihilfebemessungssatz zusammen weniger als 100 % ergeben, wird die Vorleistung so berechnet, als würde eine Krankheitskostenvollversicherung mit dem erforderlichen Erstattungsprozentsatz bestehen.

Im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zählen zu den erstattungsfähigen Aufwendungen:

1. Differenzkosten Einbettzimmer

1.1. Stationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind 100 % der nach Anrechnung etwaiger Leistungen der Beihilfe, des Tarifs BV und/oder des Tarifs SZB verbleibenden Differenzkosten zwischen der Wahlleistung gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer zur Wahlleistung gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer bei einer stationären Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen, Schwangerschaft, Entbindung und/oder Fehlgeburt.

1.2. Stationäre Psychotherapie

Bei einer stationären Psychotherapie beträgt die Höchstleistungsdauer für die Differenzkosten Einbettzimmer 20 Tage pro Kalenderjahr, darüber hinausgehende Leistungen sind nur nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers erstattungsfähig.

2. Aufenthalte in gemischten Krankenanstalten

Zu Gunsten der versicherten Person verzichtet der Versicherer in den Tarifen BV und BVS auf seine nach § 4 Abs. 5 MB/KK 2013 vor Behandlungsbeginn notwendige schriftliche Zusage.

3. Rooming-In

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung wird zum Ausgleich der Kosten für die Unterbringung einer Begleitperson für versicherte Kinder (bis zum 14. Lebensjahr) ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 25 € pro Tag gezahlt. Bei stationärer Psychotherapie gelten die Beschränkungen aus Ziffer 1.2.

Die Unterbringung der Begleitperson ist durch Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

4. Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Unterbringung im Einbettzimmer

Wird die gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer nicht in Anspruch genommen, zahlt die Concordia Krankenversicherungs-AG statt der Differenzkosten Einbettzimmer ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 25 € pro Tag. Bei stationärer Psychotherapie gelten die Beschränkungen aus Ziffer 1.2.

5. Belegärzte

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Leistungen von Belegärzten, die nach etwaiger Vorleistung der Beihilfe und des Tarifs BV verbleiben.

Abweichend von Ziffer 4 zu § 5 MB/KK 2013 (Teil II der AVB) leistet der Versicherer auch für die Teile einer Liquidation, die die Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung überschreiten, sofern es sich um Maßnahmen einer stationären Heilbehandlung handelt und eine den Vorschriften der Gebührenordnung entsprechende Honorarvereinbarung vor Behandlungsbeginn dem Versicherer vorgelegt wird.

Bei stationärer Psychotherapie gelten die Beschränkungen aus Ziffer 1.2.

6. Krankenhäuser, die nicht der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen

Allgemeine Krankenhausleistungen:

Erstattungsfähig sind 100 % der nach Anrechnung etwaiger Leistungen der Beihilfe und des Tarifs BV verbleibenden Aufwendungen für Leistungen von Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegen.

Sofern ein Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet, gelten als Allgemeine Krankenhausleistungen die Allgemeine Pflegeklasse einschließlich (beleg)ärztlicher und sonstiger therapeutischer Leistungen sowie medizinisch begründete, nachgewiesene Nebenkosten; vgl. Tarif BV. Die Erstattungsfähigkeit der Aufwendungen ist begrenzt auf 200 % der Kosten, die bei vergleichbarer Versorgung auf Grundlage der BPflV oder des KHEntgG entstanden wären.

Bei stationärer Psychotherapie gelten die Beschränkungen aus Ziffer 1.2.

Wahlleistungen:

Erstattungsfähig sind 100 % der nach Anrechnung etwaiger Leistungen der Beihilfe, des Tarifs BV und/oder des Tarifs SZB verbleibenden Aufwendungen für Leistungen von Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) unterliegen.

Sofern ein Krankenhaus seine Leistungen nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet, sollen in den Tarifen BV und SZB als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer sowie die privatärztliche einschließlich belegärztliche Behandlung gelten. Im Tarif BVS gilt als Wahlleistung die gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer. Die Erstattungsfähigkeit der Aufwendungen ist begrenzt auf 200 % der Kosten, die bei vergleichbarer Versorgung auf Grundlage der BPflV oder des KHEntgG entstanden wären.

Bei stationärer Psychotherapie gelten die Beschränkungen aus Ziffer 1.2.

Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 18 Abs. 1 MB/KK 2013 berechtigt, auch tariflich vorgesehene Erstattungshöchstbeträge und -sätze mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders anzuheben. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.