

Tarif UnfallPrivat+ Stationärer Ergänzungstarif inkl. Pflegezusatzversicherung bei Unfall

Produktlinie +

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Stationäre Heilbehandlung in Deutschland nach Unfall

- 100 % freie Krankenhauswahl
- 100 % wahlärztliche Behandlung
- 100 % Ein- oder Zweibettzimmer
- 50 EUR Krankenhaustagegeld (vorausgesetzt es wird keinerlei Kostenersstattung der vorgenannten Leistungen beansprucht)
- 100 % privatärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen, die eine stationäre Behandlung ersetzen
- 100 % gesetzliche Zuzahlung

Pflegebedürftigkeit nach Unfall

- bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit bei Pflegegrad 1 150 EUR je Kalendermonat
- bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit bei Pflegegrad 2 500 EUR je Kalendermonat
- bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit bei Pflegegrad 3 800 EUR je Kalendermonat
- bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit bei Pflegegrad 4 1.200 EUR je Kalendermonat
- bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit bei Pflegegrad 5 1.500 EUR je Kalendermonat sowie
- eine Einmalzahlung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit nach mindestens Pflegegrad 4 in Höhe von 4.500 EUR

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil II.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil II:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu Teil I Abschnitt A § 4 und § 5, Abschnitt B I Nr. 2 sowie Abschnitt B II Nr. 2)

- 1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland
- 1.1 Ärztliche Leistungen
- 1.2 Stationäre Unterbringung
- 1.3 Krankenhauswahl
- 1.4 Krankenhaustagegeld
- 1.5 Ambulante Operationen
- 1.6 Gesetzliche Zuzahlung
- 2 Pflegebedürftigkeit
- 2.1 Pflegegeld
- 2.2 Einmalzahlung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit
- 3 Unfallbegriff
- 4 Leistungsausschlüsse
- 5 Assistance-Leistungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil II

Der Tarif UnfallPrivat+ gilt in Verbindung mit Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/bKV 2017):

Teil I Abschnitt A: Allgemeiner Teil

Teil I Abschnitt B I: Besonderer Teil für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I Abschnitt B II: Besonderer Teil für die Pflegekrankenversicherung

Teil I Abschnitt B III: Besonderer Teil für die Krankentagegeldversicherung

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu Teil I Abschnitt A § 1)

Der Tarif UnfallPrivat+

- kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einer Krankheitskostenvollversicherung bei einer in Deutschland zugelassenen Privaten Krankenversicherung (PKV) bestehen und
- ist nur im Rahmen eines geltenden Kollektivvertrages in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung versicherbar.

Bestehen diese Voraussetzungen nicht mehr, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif UnfallPrivat+.

2 Wartezeiten (zu Teil I Abschnitt A § 3)

Für den Tarif sind keine Wartezeiten zu erfüllen.

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu Teil I Abschnitt A § 4 und § 5, Abschnitt B I Nr. 2 sowie Abschnitt B II Nr. 2)

1 Stationäre Heilbehandlung in Deutschland

Erstattungsfähig sind zu 100 % die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführenden in Abschnitt B 1.1 bis B 1.3 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in Deutschland, die in Abschnitt B 1.5 genannten Kosten einer medizinisch notwendigen, eine stationäre Behandlung ersetzen ambulanten Operation sowie die gesetzlichen Zuzahlungen nach Abschnitt B 1.6.

Wird keine Kostenerstattung nach Abschnitt B 1.1 bis B 1.3 beansprucht, so wird ein Krankenhaustagegeld nach Abschnitt B 1.4 gezahlt.

1.1 Ärztliche Leistungen

Erstattungsfähig sind zu 100 % die Kosten für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), die im Zusammenhang mit einer erstattungsfähigen Heilbehandlung steht, sind nach Vorleistung der GKV oder PKV ebenfalls erstattungsfähig.

1.2 Stationäre Unterbringung

Erstattungsfähig sind zu 100 % die Kosten im Sinne der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) für die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

1.3 Krankenhauswahl

Erstattungsfähig sind zu 100 % die Mehrkosten im Sinne der BPfIV bzw. des KHEntG die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt.

Krankentransportkosten zum und vom Krankenhaus, welche im Rahmen der Krankenhauswahl verbleiben, sind bis zu einem Gesamtbetrag von 300 EUR je Krankenhausaufenthalt nach Vorleistung der GKV oder PKV ebenfalls erstattungsfähig.

1.4 Krankenhaustagegeld

Wird für die Dauer eines unfallbedingten Krankenaufenthaltes keinerlei Kostenerstattung gemäß Abschnitt B 1.1 bis B 1.3 beansprucht, erhält der Versicherte ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 50 EUR.

Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenaufenthaltes gezahlt.

Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

1.5 Ambulante Operationen

Erstattet werden zu 100 % die nach Vorleistung der GKV oder PKV verbleibenden Kosten für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen

- einer ambulanten Operation, die eine stationäre Behandlung ersetzt sowie
- der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen im Krankenhaus.

Von der Erstattungspflicht erfasst sind Operationen, die im gemäß § 115b SGB V erstellten Katalog unter Kategorie 2 aufgeführt sind. Voraussetzung für die Leistung ist, dass die ambulante Operation von einem angestellten liquidationsberechtigten Ober- oder Chefarzt bzw. für das Krankenhaus dauerhaft tätigen Belegarzt durchgeführt wird.

Der Versicherer ist im Vorfeld über die geplante, die stationäre Behandlung ersetzende ambulante Operation in Kenntnis zu setzen.

1.6 Gesetzliche Zuzahlung

Erstattungsfähig sind zu 100 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für kalenderjährlich maximal 28 Tage eines unfallbedingten stationären Krankenaufenthaltes (§ 39 Abs. 4 SGB V).

2 Pflegebedürftigkeit

2.1 Pflegegeld

Bei unfallbedingter Pflegebedürftigkeit im Sinne von Teil I Abschnitt B II Nr. 1 Abs. (b) i. V. m. Teil I Abschnitt B II Nr. 1a Abs. (a) leistet der Tarif ein Pflegegeld, sofern der Unfall nach Versicherungsbeginn eingetreten ist, und zwar bei

- | | |
|----------------|-----------------------------|
| - Pflegegrad 1 | 150 EUR je Kalendermonat, |
| - Pflegegrad 2 | 500 EUR je Kalendermonat, |
| - Pflegegrad 3 | 800 EUR je Kalendermonat, |
| - Pflegegrad 4 | 1.200 EUR je Kalendermonat, |
| - Pflegegrad 5 | 1.500 EUR je Kalendermonat. |

Voraussetzung für die Leistung ist, dass das Unfallereignis die überwiegende Ursache für die Pflegebedürftigkeit ist. Weitere Voraussetzung ist, dass die Pflegebedürftigkeit aufgrund eines Unfalls innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt bescheinigt und in Textform beim Versicherer geltend gemacht wird. Die Pflegegrade sind in Teil I Abschnitt B II Nr. 1a Abs. (c) festgelegt.

Ein Unterschied zwischen stationärer, teilstationärer und häuslicher Pflege besteht für die Leistungshöhe nicht.

Das Pflegegeld wird entsprechend des Pflegegrades auch in voller Höhe gezahlt, wenn die Pflege durch Angehörige oder Bekannte erfolgt. Besteht innerhalb eines Kalendermonats für mindestens einen Tag Anspruch auf Pflegegeld nach diesem Tarif, so wird das Pflegegeld entsprechend des Pflegegrades in voller Höhe für diesen Kalendermonat gezahlt. Bei Änderungen hinsichtlich der unfallbedingten Pflegebedürftigkeit und dem damit verbundenen Pflegegrad innerhalb eines Kalendermonats gilt der Anspruch des höchsten für diesen Kalendermonat festgestellten Pflegegrades.

2.2 Einmalzahlung bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit

Bei erstmaliger unfallbedingter Pflegebedürftigkeit nach mindestens Pflegegrad 4 wird zusätzlich zum Pflegegeld nach Abschnitt B 2.1 eine Einmalzahlung in Höhe von 4.500 EUR gezahlt. Ein Anspruch auf diese Leistung besteht ungeachtet des Pflegegrades nur einmal während der gesamten Vertragslaufzeit.

3 Unfallbegriff

3.1 Ein Unfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch erhöhte Kraftanstrengung

- a) ein Gelenk an Gliedmaßen oder Wirbelsäule verrenkt,

Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.

- b) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

Beispiel: Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am Unterarm.

Verletzungen oder Schäden an Meniskus und Bandscheiben sind nicht erfasst.

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

3.2 Außerdem besteht Versicherungsschutz:

- 3.2.1 wenn die versicherte Person unter Wasser unfreiwillig einen tauchtypischen Gesundheitsschaden erleidet.

Beispiele: Caissonkrankheit, Trommelfellverletzungen, Lungenüberdruckunfall, Tiefenrausch, Blaukommen, Barotrauma oder Hyperventilation

- 3.2.2 bei Erfrierungen.

3.2.3 bei unfallbedingten Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person durch einen unfreiwilligen Flüssigkeits-, Nahrungsmit- oder Sauerstoffentzug erleidet.

3.2.4 für Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre). Kein Versicherungsschutz besteht für Vergiftungen infolge der Einnahme von Nahrungsmitteln.

3.2.5 bei Gesundheitsschädigungen durch Gase und Dämpfe. Hier gehen wir auch dann von einer Plötzlichkeit aus, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden ausgesetzt war, ohne sich dem entziehen zu können. Berufs- und Gewerbe-krankheiten sind ausgeschlossen.

3.2.6 für die Folgen von unfallbedingten Bauch- und Unterleibsbrüchen (auch Leisten- und Nabelbrüche), sofern ein Unfallereignis diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 %) verursacht hat und für dieses Unfallereignis Versicherungsschutz nach diesem Tarif besteht.

3.2.7 unfallbedingte Gesundheitsschädigungen, welche die versicherte Person bei regelmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet.

4 Leistungsausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle und deren Folgen:

- a) wenn diese als Berufssportler oder bei Ausübung von Sport in der Weise, dass die versicherte Person überwiegend damit den Lebensunterhalt verdient, verursacht werden,
- b) wenn diese bei dem beruflichen Umgang mit explosiblen Stoffen entstehen,
- c) wenn diese als Luftfahrzeugführer bzw. Luftbesatzungsmitglied verursacht werden,
- d) bei Geistes- oder Bewusstseinsstörungen der versicherten Person, auch soweit diese auf Trunkenheit (sofern der Blutalkoholgehalt beim Führen von Kraftfahrzeugen von 1,1 Promille, bei Radfahren von 1,6 Promille, bei allen anderen Unfällen 2,0 Promille oder höher liegt) oder der Einnahme von Rauschmitteln oder auf epileptischen Anfällen oder anderen Krampfanfällen beruhen,
- e) für die eine vorsätzliche Straftat der versicherten Person zumindest mitursächlich ist,
- f) die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person oder durch Strahlen bzw. Kernenergie verursacht werden,
- g) bei der Ausübung von Motorrennsport,
- h) bei Infektionskrankheiten als Folge von Insektenstichen/-bissen (ausgenommen Zeckenbisse) oder geringfügigen Haut- oder Schleimhautverletzungen (ausgenommen Tollwut und Wundstarrkrampf),
- i) bei krankhaften Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht werden (ausgenommen, wenn die versicherte Person durch eine unfallbedingte organische Ursache an psychischen Beschwerden leidet),
- j) bei Bauch- oder Unterleibsbrüchen sowie
- k) bei Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen (ausgenommen, dass ein Unfallereignis nach Abschnitt B 3 diese Gesundheitsschäden überwiegend (das heißt: zu mehr als 50 %) verursacht hat, und für dieses Unfallereignis Versicherungsschutz nach diesem Vertrag besteht).

5 Assistance-Leistungen

Es besteht Anspruch auf Assistance-Leistungen gemäß dem „Leistungsverzeichnis für Assistance-Leistungen“ (Anlage) der Produktlinie +.

Die Assistance-Leistungen sind über die Assistance-Hotline des Versicherers (0231-135 4950) zu beantragen. Die Organisation der Hilfe erfolgt durch den Versicherer.