Krankheitskostenversicherung

Barmenia
Krankenversicherung AG

Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Tarif Mehr Komfort 1-Bett

Ergänzungstarif für stationäre Heilbehandlung

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

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz ist der Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** 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 1-Bett**. Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Bezeichnung des Tarifs **Mehr Komfort 1-Bett** im Versicherungsschein: **KOMF1**

Stand 01.01.2023

Unsere Leistungen im Überblick

Hier erhalten Sie einen Überblick über die Leistungen des Tarifs **Mehr Komfort 1-Bett**. 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 %	-
Ambulante Entbindungspauschale	-	1.000 EUR
Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-In für Kinder bis zum 16. Lebensjahr)	100 %	-
Ärztliche Zweitmeinung	100 %	

Leistungen	Erstattung zu	bis zu
Reha-Tagegeld	100 EUR/Tag	21 Tage
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 1-Bett** können Personen versichert werden, die Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben. Ein Mindestalter für die Aufnahme in den Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** gibt es nicht.

Der Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** ist ohne Rückstellung für das Alter kalkuliert. Er endet zum Ende des Monats, in dem Sie 60 Jahre alt werden. In diesem Fall stellen wir automatisch auf den leistungsgleichen Tarif **Mehr Komfort 1-Bett K** um, der mit Alterungsrückstellung kalkuliert ist. Sie müssen nichts dafür tun.

Dadurch erhöht sich Ihr Beitrag. Falls Sie die Umstellung nicht wollen, können Sie innerhalb von zwei Monaten nach unserer Nachricht zum Zeitpunkt der Umstellung kündigen.

B. Tarifliche Leistungen

Bitte beachten Sie diesen Hinweis!

Der Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** 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 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, Entbindung oder Fehlgeburt. Bei einer stationären Entbindung können Sie sich auch für ein Familienzimmer entscheiden.

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.

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

2. Privatärztliche Behandlung (zum Beispiel Chefarzt)	**100 %**	der Kosten für die gesondert berechnete ärztliche Leistung bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt. 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.
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 1-Bett**. Die anderen Leistungen des Tarifs bleiben hiervon unberührt. Die gesetzlichen Zuzahlungen für den stationären Aufenthalt werden nach Ziffer 12 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 12 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. Ambulante Entbindungspauschale	**1.000 EUR**	pauschal je Hausgeburt, wenn Sie Ihr Kind zu Hause zur Welt bringen und sich gegen eine stationäre Entbindung im Krankenhaus entscheiden. Als Hausgeburt gilt auch die Entbindung in einem Geburtshaus.

9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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 der Art und Höhe der Zuzahlung ein.
13. 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	4,55
15 - 21	9,17
21 - 30	14,38
31 - 40	23,29
41 - 50	23,78
51 - 60	36,43

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 Altersgruppe 21 - 30, 31 - 40, 41 - 50 bzw. 51 - 60 gilt bis zum Ende des Monats, in dem Sie 31 Jahre, 41 Jahre bzw. 51 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. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Sie haben Versicherungsschutz ohne Wartezeiten ab dem vertraglich vereinbarten Zeitpunkt.

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

Wenn Sie bei einem anderen Versicherer eine Auslandreise-Krankenversicherung abgeschlossen haben, gehen dessen Verpflichtungen zur Leistung vor. Das gilt auch dann, wenn in dieser Auslandreise-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.

3. Wie können Sie Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** in den Tarif **Mehr Komfort 1-Bett K** (mit Alterungsrückstellung) umstellen?

Sie können den Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** jederzeit in den **Tarif Mehr Komfort 1-Bett K** umstellen, der mit Alterungsrückstellung kalkuliert ist.

Den Tarif **Mehr Komfort 1-Bett K** vereinbaren wir ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeit. Bisher gegebenenfalls vereinbarte Risikozuschläge passen wir bei der Umstellung im Verhältnis der Veränderung der Tarifbeiträge an. Der Beitrag für den neuen Tarif richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Umstellung erreichten Lebensalter.

4. Wann endet der Tarif spätestens?

Der Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** endet spätestens zum Ende des Monats, in dem Sie 60 Jahre alt werden. In diesem Fall stellen wir automatisch auf den leistungsgleichen Tarif **Mehr Komfort 1-Bett K** um. Sie müssen nichts dafür tun. Dadurch erhöht sich Ihr Beitrag. Falls Sie die Umstellung nicht wollen, können Sie innerhalb von zwei Monaten nach unserer Nachricht zum Zeitpunkt der Umstellung kündigen.

5. Wann können Sie den Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** kündigen?

Nach dem Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** beträgt die Mindesttarifdauer zwölf Monate. Sie können den Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** zum ersten Mal ohne eine Frist zum Ende der Mindesttarifdauer kündigen. Nach Ablauf dieser Mindesttarifdauer können Sie den Tarif **Mehr Komfort 1-Bett** 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 1-Bett**:	01.06.2022
Ende der Mindesttarifdauer:	31.05.2023
Frühestmöglicher Kündigungstermin des Tarifs **Mehr Komfort 1-Bett**:	31.05.2023

Danach ist eine Kündigung jeden Tag möglich.

6. 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 1-Bett** 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.