



Fragen und Antworten zu den V.I.P.-Tarifen stationär Die Krankenzusatzversicherung der Bayerischen

1 Allgemeine Fragen

1. Welche Personen können sich nach den Tarifen „V.I.P. stationär“ versichern?

Versicherungsfähig sind Personen, die in der GKV versichert sind oder freie Heilfürsorge beziehen. Ferner sind Personen versicherbar, welche in der privaten Krankenversicherung (PKV) einen stationären Versicherungsschutz unterhalten, der Leistungen nur in Höhe der Allgemeinen Krankenhausleistung (Regelleistung) vorsieht.

2. Welche Personen sind nach den Tarifen

„V.I.P. stationär“ nicht versicherbar? Personen die keiner GKV/PKV angehören und keine freie Heilfürsorge beziehen.

3. Ist eine Kombination der Tarife „V.I.P. stationär“ möglich?

Nein, es kann nur ein Tarif abgeschlossen werden. Eine Kombination eines beliebigen V.I.P.-Tarifs stationär mit einem beliebigen Tarif V.I.P.-Tarif dental ist allerdings möglich.

4. Wie berechnet sich das Eintrittsalter?

Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem aktuellen Kalenderjahr und Geburtsjahr.

5. Gibt es ein Höchstaufnahmearter?

Nein. Grundsätzlich können alle Personen – ohne Einschränkung auf das Alter – aufgenommen werden, soweit gesundheitliche Gründe nicht dagegenstehen.

6. Können Kinder ab Geburt mitversichert werden?

Ja. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz, auch für Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und Anomalien, ohne Erschwernisse (z.B. Leistungsausschluss) und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt. Voraussetzung: Am Tage der Geburt muss ein Elternteil mindestens 3 Monate bei unserem Unternehmen mit einer Kranken-

zusatzversicherung versichert sein. Die Anmeldung zur Versicherung des Neugeborenen hat bis spätestens 2 Monate nach der Geburt – rückwirkend zum Tage der Geburt – zu erfolgen. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteiles sein.

7. Auf welcher Grundlage werden die Prämien berechnet?

Die Prämien bei den Tarifen V.I.P. stationär sind nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Eine Altersrückstellung wird nicht gebildet. Dadurch sind die Einstiegstarife der V.I.P.-Tarife meist wesentlich günstiger als die vergleichbaren Tarife mit Alterungsrückstellungen (siehe auch „Besonderheiten“).

8. Können sich die Beiträge aufgrund des Alters ändern?

Zu Beginn eines neuen Jahres ändert sich das für die Beitragsberechnung maßgebende Alter und die Prämienberechnung erfolgt anhand des dann gültigen Alters der versicherten Person.

9. Wie kann der Kunde schnell erfahren, ob eine bestandene/ bestehende Vorerkrankung mitversichert werden kann?

Mit unserer Quick Software kann der Berater sofort – mit wenigen Klicks – einen Risikocheck durchführen und dem Kunden ein Angebot auf eine Krankenzusatzversicherung unterbreiten.

10. Werden bei Vorerkrankungen Beitragszuschläge erhoben?

Nein. Beitragszuschläge sind für die Tarife V.I.P. stationär nicht vorgesehen.

11. Können Vorerkrankungen ausgeschlossen werden?

Soweit die Erkrankung abgegrenzt werden kann ist ein Leistungsausschluss möglich.

2 Fragen zu Leistungen

Weshalb soll ich eine stationäre Zusatzversicherung abschließen?

Ins Krankenhaus geht niemand gerne, denn jeder weiß: Der Erfolg eines stationären Aufenthaltes hängt unter anderem von der Eignung der Klinik, der Qualifikation der Ärzte, der Professionalität der Pflegekräfte und der Atmosphäre des Zimmers ab.

- Möchten Sie nicht mit mehreren (womöglich schwer kranken) Personen zusammen in einem Zimmer untergebracht sein?

- Möchten Sie hinsichtlich der Unterbringung einen Komfort, der über ein „Standardkrankenzimmer“ hinausgeht?
- Wollen Sie durch den Chefarzt oder einen Spezialisten behandelt werden?

Wenn Sie diese Fragen mit ja beantworten, sind Sie bei uns richtig. Wir bieten Ihnen den Versicherungsschutz, der im Krankheitsfall optimalen Komfort und Leistungen gewährt.

Fragen zur Leistung	V.I.P. stationär SMART	V.I.P. stationär KOMFORT	V.I.P. stationär PRESTIGE
<p>Wann leisten die Tarife V.I.P. stationär Smart/Komfort/Prestige?</p>	<p>Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die hier aufgeführten (schweren) Erkrankungen sowie für Unfälle:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Akuter Herzinfarkt inkl. notwendiger Herzkatheterinterventionen und operativer Maßnahmen (z.B. Bypass-Operationen) ■ Bösartiger Tumor (Krebs) einschließlich Leukämie und verwandte Formen von Blutkrebs sowie bösartig Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks ■ Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflicht ■ Hirnblutung oder akuter Hirninfarkt (Schlaganfall) ■ Knochenmarksversagen ■ Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata) ■ Operationen am Gehirn (z.B. auch bei gutartigen Neubildungen) ■ Operationspflichtiges Aortenaneurysma (Erweiterung der Hauptschlagader) ■ Organtransplantationen: Durchführung der Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge, Niere, Bauchspeicheldrüse oder des Knochenmarks eines Fremdspenders <p>Zum Begriff Unfall: Ein Unfall im Sinne der Tarifbedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheits-schädigung erleidet.</p> <p>Weitere ausführliche Erläuterungen zum Begriff „Unfall“ entnehmen Sie bitte § 2 der Tarifbedingungen.</p>	<p>Versicherungsschutz besteht für medizinisch notwendige Heilbehandlung.</p>	<p>Versicherungsschutz besteht für medizinisch notwendige Heilbehandlung.</p>

Fragen zur Leistung	V.I.P. stationär SMART	V.I.P. stationär KOMFORT	V.I.P. stationär PRESTIGE
Besteht freie Krankenhauswahl innerhalb Deutschlands?	Ja. Bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung besteht die freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern.	Ja. Bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung besteht die freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern.	Ja. Bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung besteht die freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern.
Werden die Kosten für die Wahlleistung „Unterbringung“ erstattet?	Ja, erstattet werden die Kosten im Zweibettzimmer mit 100%.	Ja, erstattet werden die Kosten im Zweibettzimmer mit 100%.	Ja, erstattet werden die Kosten im Ein- oder Zweibettzimmer mit 100%.
Kann privatärztliche Behandlung (z.B. Behandlung durch Chefarzt oder Spezialisten) in Anspruch genommen werden?	Ja, die Aufwendungen für gesonderte privatärztliche Leistungen werden mit 100% ersetzt, soweit sie gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet sind. Der Ersatz der Aufwendungen ist nicht auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	Ja, die Aufwendungen für gesonderte privatärztliche Leistungen werden mit 100% ersetzt, soweit sie gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet sind. Der Ersatz der Aufwendungen ist nicht auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.	Ja, die Aufwendungen für gesonderte privatärztliche Leistungen werden mit 100% ersetzt, soweit sie gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet sind. Der Ersatz der Aufwendungen ist nicht auf die Höchstsätze der GOÄ begrenzt.
Werden auch Allgemeine Krankenhauskosten erstattet?	Ja, ersetzt werden 100% der Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus. Erbringt die GKV keine Leistungen, werden die Aufwendungen nicht ersetzt	Ja, ersetzt werden 100% der Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus. Erbringt die GKV keine Leistungen, werden die Aufwendungen nicht ersetzt	Ja, ersetzt werden 100% der Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus. Erbringt die GKV keine Leistungen, werden die Aufwendungen nicht ersetzt
Wird bei Verzicht auf Wahlleistungen (Unterbringung und/oder ärztlicher Behandlung) ein Ersatz-Krankenhaustagegeld erstattet?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ja ■ 30 € bei Verzicht auf ein Zweibettzimmer ■ 30 € bei Verzicht auf die Wahlleistung Arzt 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ja ■ 30 € bei Verzicht auf ein Zweibettzimmer ■ 30 € bei Verzicht auf die Wahlleistung Arzt 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ja ■ 15 € bei Verzicht auf ein Einbettzimmer ■ 45 € bei Verzicht auf ein Ein- und Zweibettzimmer ■ 30 € bei Verzicht auf die Wahlleistung Arzt
Ist auch bei Kindern – bei Verzicht auf Wahlleistungen ein Ersatz-Krankenhaustagegeld vorgesehen?	Ja, die Erstattung erfolgt analog den Erwachsenen.	Ja, die Erstattung erfolgt analog den Erwachsenen.	Ja, die Erstattung erfolgt analog den Erwachsenen.
Werden die Kosten für eine Begleitperson bei Kindern übernommen?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ja. Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eines Elternteiles ■ Voraussetzung ist, dass das Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ja. Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eines Elternteiles ■ Voraussetzung ist, dass das Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ja. Ersetzt werden 100% der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung eines Elternteiles ■ Voraussetzung ist, dass das Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat
Werden die Kosten für eine vor- und nachstationäre Behandlung erstattet?	Ja, ersetzt werden 100% der Kosten im Krankenhaus, soweit diese nicht von der GKV zu tragen sind.	Ja, ersetzt werden 100% der Kosten im Krankenhaus, soweit diese nicht von der GKV zu tragen sind.	Ja, ersetzt werden 100% der Kosten im Krankenhaus, soweit diese nicht von der GKV zu tragen sind.

Fragen zur Leistung	V.I.P. stationär SMART	V.I.P. stationär KOMFORT	V.I.P. stationär PRESTIGE
Werden die Kosten einer ambulanten Aufnahme- und Abschlussuntersuchung vergütet?	Ja, erstattet werden 100% der Kosten für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen, soweit Sie nicht von der GKV zu tragen sind.	Ja, erstattet werden 100% der Kosten für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen, soweit Sie nicht von der GKV zu tragen sind.	Ja, erstattet werden 100% der Kosten für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen, soweit Sie nicht von der GKV zu tragen sind.
Werden auch die Kosten für ambulante Operationen erstattet?	Ja, die Aufwendungen werden mit 100%, soweit sie nicht von der GKV zu tragen sind, erstattet.	Ja, die Aufwendungen werden mit 100%, soweit sie nicht von der GKV zu tragen sind, erstattet.	Ja, die Aufwendungen werden mit 100%, soweit sie nicht von der GKV zu tragen sind, erstattet.
Sind für Kuren Leistungen vorgesehen?	Nein	Ja. Bei stationären Kuren im Anschluss an eine stationäre Behandlung wird ein Kurtagegeld von täglich 16 € für max. 28 Tage erstattet. Voraussetzung: Die Zusage des Versicherers vor Beginn der Kur	Ja. Bei stationären Kuren im Anschluss an eine stationäre Behandlung wird ein Kurtagegeld von täglich 16 € für max. 28 Tage erstattet. Voraussetzung: Die Zusage des Versicherers vor Beginn der Kur.
Werden die Kosten eines Krankentransportes erstattet?	Ersetzt werden 100% der Aufwendungen (bis max. 200 €) für einen Krankentransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, soweit sie nicht von der GKV zu tragen sind.	Ersetzt werden 100% der Aufwendungen (bis max. 300 €) für einen Krankentransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, soweit sie nicht von der GKV zu tragen sind.	Ersetzt werden 100% der Aufwendungen (bis max. 300 €) für einen Krankentransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, soweit sie nicht von der GKV zu tragen sind.
Besteht Versicherungsschutz bei einem stationären Aufenthalt im Ausland?	Ja. Bei stationärer Behandlung im Ausland besteht Versicherungsschutz für - die Unterbringung im Zweibettzimmer <ul style="list-style-type: none"> ■ Privatärztliche Behandlung ■ Begleitperson bei Kindern ■ Vor- und nachstationäre Behandlung ■ Transportkosten bis 200 € Die Aufwendungen sind begrenzt auf ein vergleichbares Krankenhaus in Deutschland. 	Ja. Bei stationärer Behandlung im Ausland besteht Versicherungsschutz für die Unterbringung im Zweibettzimmer <ul style="list-style-type: none"> ■ Privatärztliche Behandlung ■ Begleitperson bei Kindern ■ Vor- und nachstationäre Behandlung ■ Transportkosten bis 300 € Die Aufwendungen sind begrenzt auf ein vergleichbares Krankenhaus in Deutschland. 	Ja. Bei stationärer Behandlung im Ausland besteht Versicherungsschutz für die Unterbringung im Ein-, Zweibettzimmer <ul style="list-style-type: none"> ■ Privatärztliche Behandlung ■ Begleitperson bei Kindern ■ Vor- und nachstationäre Behandlung ■ Transportkosten bis 300 € Die Aufwendungen sind begrenzt auf ein vergleichbares Krankenhaus in Deutschland.

Sehen die Tarife V.I.P. stationär Wartezeiten vor?

Ja.

- 3 Monate - allgemeine Wartezeit
- 8 Monate - besondere Wartezeit (Entbindung, Psychotherapien)

Bei Unfällen entfallen sämtliche Wartezeiten.

3 Besonderheiten der V.I.P.-Tarife

Sehen die Tarife V.I.P. stationär Smart/Komfort/Prestige die Bildung von Alterungsrückstellungen vor?

Nein, die Tarife sehen keine Bildung von Alterungsrückstellungen vor. Die monatlichen Beitragsraten richten sich stets nach dem erreichten Alter der versicherten Person. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem laufenden Kalenderjahr. Führt die Erhöhung des erreichten Alters zu Beginn eines Kalenderjahres zu einem Wechsel in die nächste Beitragsgruppe, ist ab Beginn dieses Kalenderjahres der für die Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

Können die Versicherungsleistungen nach den Tarifen V.I.P. stationär Smart/Komfort/Prestige angepasst werden?

Bei Änderungen der Leistungen der GKV oder bei Änderungen der gesetzlichen Vergütungsregelungen für Zahnärzte oder Ärzte, die unmittelbar Auswirkungen auf die Leistungen der Tarife haben, ist er Versicherer berechtigt, die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anzupassen (§ 18 AVB).

Sieht der Tarif V.I.P. stationär Smart ein Optionsrecht vor?

Ja, der Versicherungsnehmer kann für nach Tarif V.I.P. stationär Smart versicherte Personen, die diese Versicherung erstmalig abgeschlossen haben und die bei Beginn der Versicherung das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, verlangen, dass der Versicherer Anträge auf Umstellung des Versicherungsverhältnisses in Tarif V.I.P. stationär Komfort oder in Tarif V.I.P. stationär Prestige!! ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten annimmt. Die Umstellung kann jeweils mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf des 3. oder 6. Versicherungsjahres verlangt werden. Das für die Umstellung maßgebliche erste Versicherungsjahr beginnt dabei frühestens in dem Kalenderjahr, in dem die versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet. Wichtig: Die Tarife V.I.P. stationär Kompakt und Prestige sehen ein Optionsrecht nicht vor.

Verzichtet die BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG in den Tarifen V.I.P. dental Smart, Komfort und Prestige auf das ordentliche Kündigungsrecht?

Ja.