

## TARIF MIT STATIONÄREN WAHLELEISTUNGEN BEI SCHWERSTERKRANKUNGEN

Der Tarif akut gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I Rahmenbedingungen 1994 (RB/KK 94), Teil II Tarifbedingungen (TB/KK 99).

### 1. Geltungsbereich

Abweichend von § 1 (4) RB/KK 94 sowie § 2 TB/KK 99 erstreckt sich der Versicherungsschutz nach Nr. 2 ausschließlich auf Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland.

### 2. Umfang der Versicherungsleistungen

2.1 Versicherungsschutz nach Tarif akut besteht ausschließlich bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung folgender Erkrankungen:

- a) **Akuter Herzinfarkt inkl. notwendiger Herzkatheterinterventionen und operativer Maßnahmen (z.B. Bypass-Operationen),**
- b) **Bösartiger Tumor (Krebs) einschließlich Leukämie und verwandte Formen von Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks,**
- c) **Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflichtigkeit,**
- d) **Hirnblutung oder akuter Hirninfarkt (Schlaganfall),**
- e) **Knochenmarksversagen,**
- f) **Offene Schädel-Hirn-Verletzung oder Schädel-Hirn-Trauma,**
- g) **Multiple Sklerose,**
- h) **Operationen am Gehirn bei Neubildungen,**
- i) **Operationspflichtiges Aortenaneurysma (Erweiterung der Hauptschlagader),**
- j) **Verbrennungen III. Grades von mindestens 20 % der Hautoberfläche,**
- k) **Organtransplantation: Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse oder des Knochenmarks eines Fremdspenders.**

Leistungsvoraussetzung ist, daß die Diagnose der aufgeführten Erkrankungen ärztlich gestellt wurde.

2.2 Sofern die Erkrankung erst im Rahmen der eingeleiteten stationären Therapie sicher festgestellt werden kann, ist ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht für den Anspruch auf die Leistung nach Nr. 2.3 bis zur Sicherstellung der endgültigen Diagnose zunächst ausreichend.

Stellt sich im Behandlungsverlauf heraus, daß keine der unter Nr. 2.1 genannten Erkrankungen vorliegt, die eine stationäre Behandlung notwendig macht, endet die Leistungspflicht der Central spätestens mit Ablauf des dritten Tages nach Stellung der endgültigen Diagnose. Der Versicherte hat die Central unverzüglich über die Änderung der Diagnose zu informieren.

2.3 Bei stationärer Heilbehandlung aufgrund einer der unter Nr. 2.1 genannten Erkrankungen werden Aufwendungen erstattet für

- a) gesondert berechnete ärztliche Leistungen,
- b) gesondert berechnete Unterbringung im Zweibettzimmer.

Wird die Erstattung gesondert berechneter ärztlicher Leistungen oder einer gesondert berechneten Unterbringung im Zweibettzimmer nicht beantragt, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von jeweils täglich € 15,- gewährt.

Bei einer stationären Kur- oder Sanatoriumsbehandlung sowie bei einer stationären kur- oder sanatoriumsmäßigen Rehabilitationsmaßnahme besteht kein Leistungsanspruch.

Bei Inanspruchnahme von Krankenanstalten, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlungen durchführen, ist § 4 (5) RB/KK 94 zu beachten.

### 3. Sonstiges

Bei einer Beitragsanpassung kann unter den Voraussetzungen des § 11 (1) RB/KK 94 der in Nr. 2.3 aufgeführte Geldbetrag mit Zustimmung des Treuhänders angepaßt werden.