

Tarif SZ PLUS

Stationäre Zusatzversicherung zum Concordia Tarif SZ

Geschlechtsunabhängig kalkulierter Tarif (Unisex-Tarif)

Teil III Tarife

Stationäre Zusatzversicherung für Wahlleistungen bei Heilbehandlung im Krankenhaus

Der Tarif SZ PLUS gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife), bestehend aus

Teil I - Musterbedingungen 2013 (MB/KK 2013) und
Teil II - Tarifbedingungen.

Aufnahmefähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei der Concordia Krankenversicherungs-AG nach dem Tarif SZ versichert sind. Endet das Versicherungsverhältnis nach Tarif SZ, so endet zum gleichen Zeitpunkt auch das Versicherungsverhältnis nach Tarif SZ PLUS.

Versicherungsleistungen

Im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zählen zu den erstattungsfähigen Aufwendungen:

1. Gebührenordnung

Abweichend von Ziffer 4 zu § 5 MB/KK 2013 (Teil II der AVB) leistet der Versicherer zusätzlich zur Kostenerstattung aus dem Tarif SZ auch für 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. Gleiches gilt für ärztliche Liquidationen im Rahmen von Abschnitt 2. dieses Tarifs.

2. Ambulante Operationen

Erstattungsfähig sind die Kosten für gesondert berechenbare ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus, soweit sie die Leistungen der GKV bzw. der freien Heilfürsorge übersteigen. Die ärztlichen Leistungen sind erstattungsfähig, soweit sie nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind. Die erstattungsfähigen Operationen ergeben sich aus dem nach § 115b SGB V erstellten Katalog. Die Tarifleistung beträgt 100 % der erstattungsfähigen Kosten.

3. Fahrtkosten

Erstattungsfähig sind auch die nachgewiesenen Fahrtkosten zum und vom Krankenhaus am Tag der ambulanten Operation bis zu insgesamt 50 € je Kalenderjahr.

4. Optionsrecht

Genau zum Zeitpunkt des Ablaufs von 60 Monaten (seit Versicherungsbeginn) kann der Versicherte ohne erneute Gesundheitsprüfung in jeden für den Neuzugang offenen Voll-

versicherungstarif sowie in die Pflegepflichtversicherung und in einen Krankentagegeldtarif mit einer Karenzzeit von mindestens 42 Tagen und dem maximalen Höchstkrankengeldanspruch der gesetzlichen Krankenversicherung wechseln. Der Antrag muss spätestens zwei Monate nach Ablauf der 60 Monate bei unserer Gesellschaft eingegangen sein. Der Tarifwechsel wird auch dann genau zum Ablauf von 60 Monaten wirksam.

Vorher besteht das Optionsrecht nur nach Beendigung einer Pflicht- bzw. Familienversicherung. In diesem Falle muss der Antrag bis spätestens zwei Monate nach Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht oder des Anspruchs auf Familienversicherung bei uns eingehen. Der Tarifwechsel wird dann im unmittelbaren Anschluss an den Wegfall der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht bzw. des Anspruchs auf Familienversicherung wirksam.

Ein weitergehendes Optionsrecht besteht nicht.

5. Pauschale Kostenbeteiligung

Wird für eine durchgeführte ambulante Operation im Sinne von Abschnitt 2. dieses Tarifs keine Leistung in Anspruch genommen, wird eine Pauschale in Höhe von 100 € je Versicherungsfall gezahlt.

6. Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung durch den operierenden Arzt im Rahmen einer stationären Behandlung

Erstattet werden 100 % der nach den Vorleistungen der GKV bzw. der freien Heilfürsorge verbleibenden Kosten für eine gesondert berechnete ärztliche Leistung, soweit sie nicht unter § 115a SGB V fällt.

7. Gemischte Anstalten

Zu Gunsten der versicherten Person verzichtet der Versicherer in den Tarifen SZ und SZ PLUS auf die Anwendung des § 4 Abs. 5 MB/KK 2013.

8. 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 von täglich 25 € gezahlt. Die Unterbringung der Begleitperson ist durch Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

9. Zuzahlung im Krankenhaus

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung wird in Anlehnung an die Regelungen des § 61 Sozialgesetzbuch V ein Krankenhaustagegeld für längstens 28 Tage in Höhe von 10 € gezahlt.