Tarif SG

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs SG für die Versicherung der Kosten von Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen Stand: 01.07.2018

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

b) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

c) Leistungspflicht bei Kriegsereignissen

Als Kriegsereignisse im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009 gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen im Sinne des § 5 Abs. 1 a MB/KK 2009.

d) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

e) Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 2 MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

7e.10101/07.18

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen. Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die Anspruch auf Leistungen der GKV nach dem SGB V haben.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Neugeborenennachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen. Das gilt auch dann, wenn ein höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz als der eines versicherten Elternteils vereinbart wird.

5. Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person vorgelegt wird. Die Wartezeiten entfallen bei nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfällen.

6. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt werden.

7. Vertragsdauer

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

8. Ende des Versicherungsverhältnisses

Für die versicherte Person endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit nach Nr. 2 Satz 2 entfällt. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

B) Leistungen des Versicherers

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber der GKV oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer im Rahmen des tariflichen Leistungsumfanges ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

Wird eine Leistung der GKV auf einen bei ihr bestehenden Selbstbehalt angerechnet, werden diese Erstattungsansprüche als fiktive Leistung der GKV anerkannt. Die Anrechnung der Erstattungsansprüche auf den Selbstbehalt gilt somit als Vorleistung der GKV.

I. Leistungsumfang

a) Erstattet werden nach Tarif **SG1** die Kosten für

1. die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer,
2. privatärztliche Behandlungen,
3. ambulante Operationen im Krankenhaus,
4. Anschlussrehabilitationsmaßnahmen,
5. die Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses,
6. Krankentransporte.

b) Erstattet werden nach Tarif **SG2** die Kosten für

1. die gesondert berechnete Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer (bei Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer die Kosten der gesondert berechenbaren Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer),
2. privatärztliche Behandlungen,
3. ambulante Operationen im Krankenhaus,
4. Anschlussrehabilitationsmaßnahmen,
5. die Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses,
6. Krankentransporte.

Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 ist eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn

– es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
– die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder
– während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

II. Ersatz-Krankenhaustagegeld

Verzichtet der Versicherungsnehmer für die gesamte Dauer eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes auf Kostenerstattung für vereinbarte Wahlleistungen (Unterkunft / privatärztliche Behandlung), wird je Tag ein Ersatz-Krankenhaustagegeld gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationäre Tage.

Versichert nach Tarif / Verzicht auf Kostenerstattung für	SG1	SG2
das Ein-Bett-Zimmer	20,– Euro	———
das Ein- und Zwei-Bett-Zimmer	40,– Euro	———
das Zwei-Bett-Zimmer	———	20,– Euro
die privatärztliche Behandlung	50,– Euro	50,– Euro

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen nach Abs. I gegenüber anderen Kostenträgern oder weiteren Krankheitskostenversicherungen bei dem Versicherer, handelt es sich um eine Anschlussrehabilitationsmaßnahme nach Abs. III 4 oder werden für die tariflich vereinbarte Unterkunft vom Krankenhaus keine zusätzlichen Entgelte erhoben, entfällt insoweit eine Zahlung des Ersatz-Krankenhaustagegeldes.

III. Erläuterungen

1. Gesondert berechnete Unterkunft

Erstattet werden nach Tarif SG1 die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer und nach Tarif SG2 die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer.

Die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft sind die Kosten der Unterkunft, die als Wahlleistung im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes gesondert berechnet worden sind.

Kann der Versicherungsnehmer die Kosten für ein Zwei-Bett-Zimmer nicht nachweisen, weil das Krankenhaus eine entsprechende Unterkunft nicht anbietet und werden höhere als die versicherten Leistungen in Anspruch genommen, gelten die Kostensätze des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

2. Privatärztliche Behandlungen

Erstattet werden die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) im Rahmen der voll- und teilstationären Krankenhausbehandlung sowie der vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung im Sinne des § 115a SGB V (siehe Anhang). Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen nach Satz 1 sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

3. Ambulante Operationen im Krankenhaus

Erstattet werden die Kosten ambulanter privatärztlicher Operationen, die von im Krankenhaus angestellten Ärzten und von Belegärzten im Krankenhaus durchgeführt werden.

Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem nach § 115b SGB V (siehe Anhang) erstellten Katalog. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus (privatärztliche Leistungen) sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen GOÄ und GOZ erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

4. Anschlussrehabilitationsmaßnahmen

Erstattet werden die Kosten für eine Anschlussrehabilitation nach Nr. 1 und 2, soweit

- für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand und
- die Anschlussrehabilitation vom Krankenhausarzt veranlasst wird und
- die Erkrankung nach Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin krankenhaustypischer Behandlung bedarf und
- zwischen Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, nicht mehr als zwei Wochen liegen.

5. Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses

Erstattet werden die Mehrkosten für Krankenhausleistungen nach § 39 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang), die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

6. Krankentransporte

Erstattet werden die Kosten für notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus. Hierzu gehören auch die mit diesen Krankentransporten im Zusammenhang stehenden Zuzahlungen nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang).

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung und bei Vertragsänderungen für die Mehrleistung nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Mahnkosten

Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

3. Anzeigepflicht bei Krankenhausaufenthalten

Abweichend von § 9 Abs. 1 MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer bei Krankenhausbehandlungen, die in Deutschland stattfinden, auf die Einhaltung der Anzeige innerhalb von 10 Tagen.

4. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen im Original vorgelegt werden. Wenn die Höhe der Leistung der GKV oder anderer leistungspflichtiger Kostenträger durch diese bestätigt wird, können auch Duplikatrechnungen vorgelegt werden.

Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Der Versicherungsnehmer muss den Nachweis über die Art der Unterkunft führen. Bei Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses sind die Mehrkosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen des gewählten Krankenhauses nachzuweisen.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise erbracht sind.

D) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

E) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Erwachsene ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen oder bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Im Übrigen wird § 8 b MB/KK 2009 angewendet.