

BSZ Basiszusatztarif für stationäre Krankenhausbehandlung

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

Teil II: Tarifbedingungen Stand: 01.01.2013

Nr. 1 Aufnahmefähigkeit (zu § 1 Abs. 1 MB/KK 2009)

(1) Aufnahmefähig sind Personen, die ihren Wohnsitz im Gebiet der ehemaligen DDR einschl. Berlin (Ost) haben.

(2) Ist das Risiko durch Vorerkrankungen erhöht, so kann der Versicherer die Annahme des Versicherungsantrages von besonderen Bedingungen (z.B. Risikozuschläge) abhängig machen. § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 (Neugeborene) bleibt unberührt.

Nr. 2 Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland (zu § 1 Abs. 4 MB/KK 2009)

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

Nr. 3 Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz (zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009)

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

Nr. 4 Neugeborenenennachversicherung (zu § 2 Abs. 2 MB/KK 2009)

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.

Nr. 5 Erlass der Wartezeiten (zu § 3 Abs. 4 MB/KK 2009)

(1) Die Möglichkeit des Erlasses der Wartezeiten auf Grund ärztlicher Untersuchung besteht. Die Kosten der Untersuchung, die nach einem vom Versicherer vorgeschriebenen Vordruck erfolgen muss, trägt der Antragsteller.

Erhält der Versicherer das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb von drei Wochen nach Antragsstellung,

gilt die Versicherung als nicht mit ärztlicher Untersuchung beantragt. Die Wartezeiten werden dann nicht erlassen.

(2) Die Bindung des Antragstellers an den Antrag endet sechs Wochen nach dem Tage des Zugangs des ärztlichen Zeugnisses beim Versicherer.

Nr. 6 Nachweise (zu § 6 Abs. 1, 2 und 3 MB/KK 2009)

(1) Es sind Rechnungsurschriften oder deren beglaubigte Zweitschriften mit einer Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die gewährten Leistungen einzureichen.

Die Belege der Leistungserbringer müssen Namen und Geburtsdatum der behandelten Person, die Krankheitsbezeichnung, die einzelnen ärztlichen Leistungen mit Bezeichnung und Nummer nach der angewandten Gebührenordnung, die gesondert berechnungsfähigen Auslagen sowie die jeweiligen Behandlungsdaten enthalten.

– 2 –

(2) Die geforderten Nachweise sollen spätestens bis zum 31.3. des auf die Heilbehandlung folgenden Jahres eingereicht werden.

(3) Die Kosten für das Ausstellen von Bescheinigungen sowie ggf. die Erstellung von Gutachten hat der Versicherungsnehmer zu tragen.

(4) Der Versicherer kann verlangen, dass die ihm zur Erstattung eingereichten Rechnungen bezahlt sind.

(5) Die Zahlung an den Überbringer oder Übersender von Nachweisen befreit den Versicherer nicht von seiner Leistungspflicht, wenn ihm begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders bekannt sind.

Nr. 7 Kosten (zu § 6 Abs. 5 MB/KK 2009)

Überweisungskosten werden nur abgezogen, wenn es sich um Überweisung in das Ausland handelt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers eine besondere Überweisungsform gewählt wird. Übersetzungskosten werden nicht abgezogen.

Nr. 8 Umrechnung ausländischer Währung (zu § 6 Abs. 4 MB/KK 2009)

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.

Nr. 9 Nicht zu Recht geleistete Zahlungen (zu § 6 MB/KK 2009)

Sind Zahlungen geleistet worden, die dem Versicherungsnehmer aus irgendeinem Grunde vertraglich nicht oder nicht mehr zustehen, so ist er zur Rückzahlung auch dann verpflichtet, wenn der Vertrag nicht mehr besteht.

Nr. 10 Eintrittsalter (zu § 8 a MB/KK 2009)

(1) Die Höhe des Tarifbeitrages richtet sich nach dem Geschlecht und dem Eintrittsalter der versicherten Person. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Eintritts in den betreffenden Tarif und dem Geburtsjahr.

(2) 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.

Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von 2 Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt der Änderung kündigen.

(3) Auf Verlangen ist dem Versicherer ein Altersnachweis zu führen.

Nr. 11 Mahnkosten (zu § 8 Abs. 5 MB/KK 2009)

Die Mahnkosten betragen je Mahnung 0,50 Euro.

Nr. 12 Meldung einer Krankenhausbehandlung (zu § 9 Abs. 1 MB/KK 2009)

Auf die Meldung der Krankenhausbehandlung wird verzichtet. § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

Nr. 13 Versicherungsjahr, Versicherungsperiode (zu § 13 MB/KK 2009)

(1) Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt und endet am 31. Dezember des gleichen Kalenderjahres.

Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

(2) Im ersten Versicherungsjahr beträgt die Selbstbeteiligung anteilig nur soviel Zwölftel, wie sie dem Anteil der versicherten Monate in diesem Versicherungsjahr entsprechen.

(3) Als Versicherungsperiode gilt das Versicherungsjahr.

– 3 –

Nr. 14 Zeitliche Begrenzung des Rücktrittsrechts

Der Rücktritt nach § 19 VVG (schuldhafte Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht) ist ausgeschlossen, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Erhöhung des Versicherungsschutzes

3 Jahre verstrichen sind.

Nr. 15 Vertragstrennung durch versicherte Personen (zu § 13 Abs. 2 MB/KK 2009)

Versicherte Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis, soweit es sie betrifft, durch Erklärung gegenüber dem Versicherer zum Ersten des übernächsten Monats als selbständiges

Versicherungsverhältnis fortzusetzen.

Nr. 16 Beitragsanpassung (zu § 8 b MB/KK 2009)

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; Männer und Frauen jeweils 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 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2009 Anwendung.

Nr. 17 (nicht abgedruckt)

Nr. 18 Abdruck von Gesetzesbestimmungen

Ein Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG) ist dem Bedingungstext beigelegt.

– 4 –

Continental Krankenversicherung a.G.

Teil III: Tarif Stand: 01.01.2013

A Leistungen des Versicherers

(1) Erstattung der Kosten privatärztlicher Behandlung bei einer medizinisch notwendigen stationären

Heilbehandlung im Krankenhaus wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft und Entbindung zu 100 % bis zum 2,3fachen Satz des Gebührenverzeichnisses für ärztliche Leistungen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung mit Ausnahme der Abschnitte

A, E, M und O. Die ärztlichen Leistungen nach den Abschnitten A, E und O werden bis zum 1,8fachen Satz, nach Abschnitt M sowie nach Nr. 437 bis zum 1,15fachen Satz erstattet