

## Tarif SIV

# Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs SIV für die Versicherung der Kosten stationärer Krankenhausbehandlung

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand 1.1.2008

## A) Allgemeine Bestimmungen

### 1. Versicherungsbedingungen

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

Teil I: Musterbedingungen 2008 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2008) und  
Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 1 und 2 MB/KK 2008 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2008 wird der Versicherungsschutz – sofern ein Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden muss – so lange gewährt, wie die versicherte Person die Rückreise wegen Transportunfähigkeit nicht antreten kann.

### 2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

### 3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2008).

Bei Abschluss dieses Tarifs zu einer bestehenden Versicherung wird das Versicherungsjahr entsprechend angeglichen, wobei das erste Versicherungsjahr mit dem bereits laufenden Versicherungsjahr endet.

Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst.

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Vertragsänderungen.

### 4. Vertragsänderungen

Bei Vertragsänderungen sind für Mehrleistungen die Wartezeiten (§ 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2008) erneut einzuhalten; § 2 Abs. 1 der MB/KK 2008 gilt entsprechend.

### 5. Erlass der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung

Die allgemeinen und die besonderen Wartezeiten können erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person auf einem Vordruck des Versicherers vorgelegt wird.

## B) Leistungen des Versicherers

### 1. Leistungsumfang

#### a) Erstattet werden nach Tarif

**SIV/1** die Kosten für  
Krankenhausleistungen bei berechneter Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer  
privatärztliche Behandlung  
Krankentransporte

**SIV/2** die Kosten für  
Krankenhausleistungen bei berechneter Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer  
privatärztliche Behandlung  
Krankentransporte

- b) Bei Inanspruchnahme niedrigerer als der versicherten Leistungen werden die tatsächlich entstandenen Kosten erstattet und außerdem je Tag eines stationären Krankenhausaufenthaltes folgende Krankenhaustagegelder gezahlt:

in Anspruch genommene Leistungen	versichert nach Tarif	
	SIV/1	SIV/2
Ein-Bett-Zimmer ohne privatärztliche Behandlung	16,- Euro	-
Zwei-Bett-Zimmer mit privatärztlicher Behandlung	11,- Euro	-
Zwei-Bett-Zimmer ohne privatärztliche Behandlung	26,- Euro	16,- Euro
Mehr-Bett-Zimmer mit privatärztlicher Behandlung	26,- Euro	16,- Euro
Mehr-Bett-Zimmer ohne privatärztliche Behandlung	41,- Euro	31,- Euro
Keine Leistungen	77,- Euro	67,- Euro

- c) Bei Inanspruchnahme höherer als der versicherten Leistungen werden die Kosten wie folgt erstattet:
- Nach dem Tarif SIV/2 die Kosten des Krankenhauses für ein Zwei-Bett-Zimmer zuzüglich Kosten privatärztlicher Behandlung.

## 2. Erläuterungen

### a) Krankenhausleistungen

Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen und die gesondert berechenbare Unterkunft im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

Mehr-Bett-Zimmer sind Zimmer mit mehr als zwei Betten.

Kann der Versicherungsnehmer die Kosten für ein Zwei- bzw. Mehr-Bett-Zimmer nicht nachweisen, weil das Krankenhaus eine entsprechende Unterkunft nicht anbietet, gelten die Kostensätze des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses. Soweit Krankenanstalten nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 1. Pflegeklasse dem Ein-Bett-Zimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zwei-Bett-Zimmer und die 3. Pflegeklasse dem Mehr-Bett-Zimmer oder jeder Unterkunft ohne Mehrkosten für ein Zwei- bzw. Ein-Bett-Zimmer.

### b) Privatärztliche Behandlung

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) werden im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte erstattet.

### c) Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten die Hin- und Rücktransporte zum nächstgelegenen Krankenhaus.

## 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 festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2008). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

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. Risikozuschlag

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

### 3. Mahnkosten

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

### 4. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen in Urschrift vorgelegt werden und nach den Bestimmungen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte spezifiziert sein, den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit und die Behandlungstage enthalten.

Der Versicherungsnehmer muss den Nachweis über die Art der Unterkunft führen.

## D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

1. die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
2. deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31. 12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
3. deren Versicherung am 31. 12. des abzurechnenden Jahres mindestens 1 Jahr bestanden hat und
4. deren Versicherung am 1. 7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, dass sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

## E) Tarifierfassung

### 1. 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; 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 2008 Anwendung.

### 2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 2008 bleibt unberührt.