

## Tarif SGII

# Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs SGII für die Versicherung der Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand 1.1.2009

### 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.

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 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. Versicherungsumfang

Versichert sind die entstandenen Kosten für Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung nach den Tarifen SGII1 im Ein-Bett-Zimmer und SGII2 im Zwei-Bett-Zimmer.

Die Versicherung ist nach folgenden Tarifstufen – für Beihilfeberechtigte, die einen prozentualen Versicherungsschutz benötigen, je nach Beihilfeanspruch – abzuschließen (Zahl hinter dem Schrägstrich = vereinbarter Prozentsatz):

SGII1/100	SGII2/70	SGII2/40
SGII2/100	SGII2/65	SGII2/35
SGII2/90	SGII2/60	SGII2/30
SGII2/85	SGII2/55	SGII2/25
SGII2/80	SGII2/50	SGII2/20
SGII2/75	SGII2/45	SGII2/15

#### 4. Versicherungsjahr

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

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.

#### 5. Vertragsänderungen

Bei Vertragsänderungen sind für Mehrleistungen die Wartezeiten (§ 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009) erneut einzuhalten; § 2 Abs. 1 MB/KK 2009 gilt entsprechend.

#### 6. Umstufungen

- a) Vermindert sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tarifierhöhung oder Tarifwechsel) zwar grundsätzlich Anwendung. Die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist.

Die Vergünstigungen gemäß Satz 3 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruchs gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum 1. des Monats, in dem der Beihilfeanspruch sich ändert, oder zum 1. des folgenden Monats beantragt und frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

- b) Erhöht sich der Beihilfeanspruch für die versicherte Person, hat der Versicherungsnehmer dies innerhalb von sechs Monaten, vom Eintritt der Änderung an gerechnet, anzuzeigen. Der Versicherer ändert daraufhin – auch mit Wirkung für laufende Versicherungsfälle – die Versicherungsleistung und den zu zahlenden Beitrag gemäß der dann erforderlichen Tarifstufe zum 1. des Monats, der auf die Anzeige folgt. Dies gilt auch, wenn der Versicherer innerhalb der gleichen Frist auf sonstige Weise Kenntnis von der Änderung erlangt. Unterbleibt die fristgemäße Anzeige und erlangt der Versicherer auch sonst keine Kenntnis, wird die Änderung der Tarifstufe zum 1. des Monats durchgeführt, der auf die verspätete Anzeige oder sonstige Kenntniserlangung durch den Versicherer folgt.

#### 7. 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 vorgelegt wird.

#### 8. Kündigung durch den Versicherer

Das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen.

## B) Leistungen des Versicherers

### 1. Leistungsumfang

Erläutert werden mit dem aus der vereinbarten Tarifstufe ersichtlichen Prozentsatz (Erläuterungen zu den einzelnen Leistungen s. Nr. 2):

- a) nach Tarif

**SGII1** die Kosten für

- gesondert berechnete Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer,
- privatärztliche Behandlung,
- ambulante Operation im Krankenhaus,
- Krankentransporte.

**SGII2** die Kosten für

- gesondert berechnete Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer,
- privatärztliche Behandlung,
- Ambulante Operation im Krankenhaus,
- Krankentransporte.

- b) bei Inanspruchnahme niedrigerer als der versicherten Leistungen die tatsächlich entstandenen Kosten; außerdem werden je Tag des stationären Krankenhausaufenthaltes mit dem vereinbarten Prozentsatz folgende Krankenhaustagegelder gezahlt:

in Anspruch genommene Leistungen	versichert nach Tarif	
	<b>SGII1</b>	<b>SGII2</b>
Zwei- und Mehr-Bett-Zimmer mit privatärztlicher Behandlung oder		
Zwei-Bett-Zimmer ohne privatärztliche Behandlung	21,- Euro	–
Mehr-Bett-Zimmer ohne privatärztliche Behandlung	57,- Euro	36,- Euro

- c) bei berechneter Unterkunft im Ein-Bett-Zimmer nach Tarif SGII2 die Kosten gesondert berechenbarer Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer zuzüglich der Kosten privatärztlicher Behandlung.

### 2. Erläuterungen

- a) Gesondert berechnete Unterkunft

Die Kosten für gesondert berechnete Unterkunft sind die Kosten der Unterkunft, die als Wahlleistung im Sinne der Bundespflegegesetzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes gesondert berechnet worden sind. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Sanitärzelle, Fernsprecher, Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese tarifgemäß erstattet.

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.

Mehr-Bett-Zimmer sind Zimmer mit mehr als zwei Betten. Jede Unterkunft in einem Zwei- bzw. Ein-Bett-Zimmer ohne Mehrkosten gilt als Unterkunft im Mehr-Bett-Zimmer.

b) Privatärztliche Behandlung

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

c) Ambulante Operationen

Die Kosten für ambulante Operationen im Krankenhaus und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus werden erstattet, soweit sie die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen. Erstattungsfähig sind nur ambulante Operationen von Ärzten, die am Krankenhaus angestellt sind, und von Belegärzten im Krankenhaus.

Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem gemäß § 115 b Sozialgesetzbuch V 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 nach Maßgabe der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig.

d) 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 2009). 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 amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte spezifiziert sein, den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit und die Behandlungstage enthalten.

Der Versicherer kann einen Nachweis über die Höhe des Beihilfebemessungssatzes verlangen.

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 ein 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 2009 Anwendung.

### 2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 2009 bleibt unberührt.