

Tarif SIV

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

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 01.01.2013

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) Versicherungsfall

Als Versicherungsfall im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/KK 2009 gilt auch die vollstationäre Versorgung in einem Hospiz.

b) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

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.

c) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

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

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. 1 und 2 MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

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.

Entsprechendes gilt bei nachträglichen Vertragsänderungen.

4. Vertragsänderungen

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

5. Neugeborenenachversicherung

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.

6. 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
Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern
gesunde Neugeborene
die Aufnahme einer Begleitperson
Hospizleistungen
Krankentransporte

SIV/2 die Kosten für
Krankenhausleistungen bei berechneter Unterkunft im Zwei-Bett-Zimmer
privatärztliche Behandlung
Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern
gesunde Neugeborene
die Aufnahme einer Begleitperson
Hospizleistungen
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.

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.

b) Privatärztliche Behandlung

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

c) Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Erstattet werden die Kosten für sämtliche Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern, soweit sie in der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung aufgeführt sind, im Rahmen der dort festgelegten Sätze.

d) Kosten von Neugeborenen

Die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen gelten während eines Entbindungsaufenthaltes als für die Mutter entstanden. Sie werden im Rahmen von Buchstabe a erstattet.

e) Aufnahme einer Begleitperson

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach Buchstabe a gehört auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten.

f) Hospizleistungen

Erstattungsfähig sind die Kosten für stationäre Versorgung in einem zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlungen erbracht werden.

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

g) 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.

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. Risikozuschlag

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

3. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen in Urschrift vorgelegt werden und nach den Bestimmungen der jeweils gültigen amtlichen 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) 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.