

Tarif AE7

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung stationärer Heilbehandlungskosten nach dem Ärztetarif AE7

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: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.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden erwerbstätigen Ärzte (ausgenommen Zahn- und Tierärzte sowie Heilpraktiker). Die Familienangehörigen können mitversichert werden.

Familienangehörige sind der Ehegatte, eingetragene Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz und die Kinder, solange sie mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft leben.

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. Versicherungsdauer

Für den Arzt, der seine Erwerbstätigkeit als Arzt aufgibt – außer wegen Erwerbsunfähigkeit oder aus Altersgründen – endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem die Erwerbstätigkeit aufgegeben wird. Gleichzeitig endet das Versicherungsverhältnis für die mitversicherten Personen.

Für Familienangehörige und geschiedene Ehegatten endet darüber hinaus das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Ende des Monats, in dem die für ihre Aufnahme nach Ziffer 2 bestimmten Voraussetzungen entfallen.

5. Umstufung

Bei Wegfall der für die Aufnahme bestimmten Voraussetzungen haben die versicherten Personen das Recht, in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes die Umstufung auf andere Krankheitskostentarife mit gleichartigen Leistungen, die für den Neuzugang geöffnet sind, zu verlangen; die Dauer der Vorversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet und bei der Beitragsfestsetzung nach § 8 a Abs. 2 MB/KK 2009 berücksichtigt. Der Antrag auf Umstufung muss innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Vorversicherung gestellt werden. § 15 Abs. 3 MB/KK 2009 bleibt unberührt.

6. 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.

7. Erlass der Wartezeiten bei ärztlicher Untersuchung

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

B) Leistungen des Versicherers

Erstattet werden mit dem vollen Rechnungsbetrag

1. die Kosten für Krankenhausleistungen, d.h. ärztliche Leistungen, Pflege, Verpflegung, Unterkunft, Nebenleistungen und sonstige stationäre und halbstationäre Leistungen des Krankenhauses, unabhängig von der gewählten Unterkunft.

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,
2. die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlungen) nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig,
 3. 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,
 4. die Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen. Sie gelten als für die Mutter entstanden und werden während eines Entbindungsaufenthaltes im Rahmen von Nr. 1 erstattet,

5. die Kosten der aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten. Diese gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nach Nr. 1,
6. 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,
7. die Kosten für Hin- und Rücktransporte zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn für die vereinbarte Leistung 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.

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

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.