Zusatzversicherung für die Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung im Zweibettzimmer

K 50

A Leistungen des Versicherers

Erstattung der verbleibenden Kosten bei stationärer Krankenhausbehandlung nach Vorleistung eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers für

- **Unterbringung im Zweibettzimmer (einschließlich Sonderverpflegung sowie Zimmerausstattung mit Bad, WC und Telefonanschluss),**
- **gesondert berechenbare privatärztliche Behandlung und Geburtshilfe. Dazu gehören auch die Wahlleistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115 a SGB V.**

Werden keine Leistungen eines gesetzlichen Versicherungsträgers nachgewiesen, sind nur die Kosten erstattungsfähig, die den Allgemeinen bzw. Besonderen Pflegesatz des aufgesuchten Krankenhauses übersteigen.

Soweit durch Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der gesetzlichen Versicherungsträger Kosten entstehen (z. B. Eigenbeteiligung), sind diese nicht erstattungsfähig.

B Ersatzleistung/Krankenhaustagegeld statt Kostenersatz

Werden bei einem Krankenhausaufenthalt ärztliche Leistungen oder Unterbringung und Verpflegung nicht im versicherten Rahmen gesondert berechnet oder in Anspruch genommen, wird neben der tariflichen Kostenerstattung folgendes Krankenhaustagegeld gezahlt:

- für nicht gesondert berechnete **ärztliche Leistungen** 32,– EUR
- bei Unterbringung in der **Allgemeinen Pflegeklasse** 16,– EUR

C Ersatzleistung/Kostenpauschale bei Entbindung

Für eine Entbindung kann anstelle der Kostenerstattung nach Punkt A bzw. des Krankenhaustagegeldes nach Punkt B eine Pauschalleistung gewählt werden. Die Entbindungspauschale beträgt

512,– EUR.

D Sonstige Bestimmungen

Das Versicherungsverhältnis kann für Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus der gesetzlichen Krankenversicherung durch eine innerhalb von 2 Monaten abzugebende Erklärung beendet werden.

E Beiträge

Die monatliche Beitragsrate (Beitragsübersichtsblatt) richtet sich nach dem erreichten Alter, maßgeblich ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr der versicherten Person.

Zusätzlich zur tariflichen monatlichen Beitragsrate ist von den Erwachsenen der gesetzliche Zuschlag gemäß § 149 VAG zu entrichten, sofern bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen eine substitutive Krankenversicherung besteht. Der Zuschlag beträgt 10% der Bruttoprämie und wird bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person ihr 60. Lebensjahr vollendet, erhoben.

Bei einer Änderung der Tarifbeiträge im Rahmen des § 8b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) ändert sich auch der gesetzliche Zuschlag entsprechend.

ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG | Theodor-Heuss-Str. 96 | 49377 Vechta | Telefon 0 44 41 / 905 - 0 | Telefax 0 44 41 / 905 - 470 | info@alte-oldenburger.de | www.alte-oldenburger.de