DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung (AVB-G)

G

KombiMed Krankenhaus Tarif KGZ

STATIONÄRE ERGÄNZUNGSVERSICHERUNG

1. Serviceleistungen

Medizinische Informationen und Beratungen bei stationärer Heilbehandlung

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefons, die Sie in Anspruch nehmen können. Sie erreichen uns unter der Telefonnummer 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer).

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu
- stationären Behandlungen

wir nennen Ihnen
- Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken

außerdem bieten wir Ihnen zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen
- die Einschaltung von Spezialisten
- die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung.

2. Stationäre Heilbehandlung

2.1 Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung (Wahlleistungen - § 17 Krankenhausentgeltgesetz bzw. § 22 Bundespflegesatzverordnung) werden nach Vorleistung einer gesetzlichen Krankenkasse zu 100% erstattet, und zwar nach

- Tarifstufe KGZ 1: Ein- oder Zweibettzimmer mit privatärztlicher Behandlung sowie gesondert berechenbare Leistungen,
- Tarifstufe KGZ 2: Zweibettzimmer[1] mit privatärztlicher Behandlung sowie gesondert berechenbare Leistungen.

Es werden solche Kosten erstattet, die den Vorschriften der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte entsprechen.

Wird weder das Ein-/Zweibettzimmer noch die privatärztliche Behandlung in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld von

- 25 Euro für Tarifstufe KGZ 1 und von
- 20 Euro für Tarifstufe KGZ 2

gezahlt. Für Kinder wird das Krankenhaustagegeld in halber Höhe gezahlt.

Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt. § 6 Abs. 2 Sätze 6 und 7 AVB-G finden keine Anwendung.

2.2 Verbleiben nach Vorleistung einer gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähige Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, werden diese ebenfalls zu 100% erstattet. Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen u.a. Fallpauschalen, Zusatzentgelte, ergänzende Entgelte (§ 17 b Krankenhausfinanzierungsgesetz i.V.m. §§ 2 Abs. 2, 7 ff. Krankenhausentgeltgesetz) bzw. Pflegesätze (§ 2 Abs. 2 i.V.m. § 10 Bundespflegesatzverordnung), vor- und nachstationäre Behandlung sowie medizinisch notwendiger Transport zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus, Leistungen eines Belegarztes und einer Beleghebamme.

[1] Wählt der Versicherte gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer, ist der Unterkunftszuschlag für ein Zweibettzimmer des aufgesuchten Krankenhauses erstattungsfähig. Zählt die Unterkunft im Zweibettzimmer zu den allgemeinen Krankenhausleistungen, ist der Zuschlag für das Einbettzimmer zu 60% erstattungsfähig.

Zu den Vorleistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung gehören auch die dem Personenkreis mit einem Anspruch auf Teilkostenerstattung nach § 14 Sozialgesetzbuch (SGB), Fünftes Buch (V) von ihrem Arbeitgeber zu erbringenden Beihilfeleistungen. Wird keine Vorleistung einer gesetzlichen Krankenversicherung nachgewiesen, kommt nur eine Erstattung nach Nr. 2.1 infrage.

2.3 Zu den erstattungsfähigen Kosten zählen nicht die von der versicherten Person kraft Gesetzes zu übernehmenden Zuzahlungen.

2.4 Bei einer ambulanten Operation wird eine Pauschale in Höhe von 200 Euro gezahlt.
Als ambulante Operationen gelten die in dem umfangreichen Verzeichnis des Tarifs (vgl. Druckstück B500/3) aufgeführten Leistungen. Dazu zählen z.B. die Entfernung der Rachenmandeln und die Entfernung der Nasen-/Kehlkopfpolypen.

Keine Pauschale wird gezahlt
- für ambulante Operationen in den folgenden Bereichen:
  Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Augenheilkunde, Zahnheilkunde, Chirurgie der Körperoberfläche sowie
- für ambulante Hand- und Fußoperationen.

2.5 Dauert ein Krankenhausaufenthalt länger als 3 Monate (91 Tage), so wird die versicherte Person von der Beitragszahlung für den über 91 Tage hinausgehenden Krankenhausaufenthalt freigestellt, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

a) Es muss Anspruch auf Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung für mindestens 91 Tage bestanden haben.

b) Die von der Beitragsfreistellung betroffenen Tarife müssen mindestens während der letzten 12 Monate mit voller Beitragspflicht bestanden haben. Die Beitragsfreistellung wird in vollen Monatsbeiträgen gewährt.

3. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

4. Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

4.1 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Bei einer Heilbehandlung außerhalb Europas gilt abweichend von § 3 Abs. 3 AVB-G:

Versicherungsschutz besteht bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung während der ersten 6 Monate, wenn der Vertrag nach Tarif KGZ bei Beginn des Auslandsaufenthaltes bereits 12 Monate besteht. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 6 Monate ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere 3 Monate.

4.2 Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat der Europäischen Union (EU) oder des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) gilt abweichend von § 3 Abs. 5 AVB-G:

Die Versicherung setzt sich mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Die Versicherung kann auf Verlangen des Versicherten insoweit auch im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden, soweit die Voraussetzungen für die Gruppenversicherung gegeben sind, ansonsten in der Einzelversicherung.

4.3 Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der EU oder des EWR gilt abweichend von § 14 Abs. 1 c) AVB-G:

Die Versicherung endet, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird; der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen solchen Staat kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

5. Monatliche Beiträge

5.1 Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsausweis bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsausweis.

5.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 17 Abs. 4 AVB-G.

5.3 Für die versicherte Person, die das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe bzw. des nächsthöheren Alters zu zahlen.

6. Beitragsrückerstattung

6.1 Von dem satzungsgemäß ermittelten Überschuss eines Geschäftsjahres (Kalenderjahres) aus der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung werden nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften mindestens 80% einer Rückstellung zugeführt, die ausschließlich zugunsten der Versicherten verwendet wird, unter anderem für Zwecke der Beitragsrückerstattung (Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung). Der Versicherer kann außer der Auszahlung auch die Verwendung zur Beitragssenkung oder zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen wählen. Welche Tarife oder Tarifkombinationen an der Beitragsrückerstattung teilnehmen und in welcher Höhe, wird vom Versicherer jährlich mit Zustimmung des Treuhänders entschieden.

6.2 Wird für die vereinbarten Tarife eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorgesehen, besteht ein Anspruch für jede Versicherung, wenn

a) für das Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erbracht worden sind (Versicherungsleistungen sind auch die gesetzlichen Ausgleichsleistungen; einmal erbrachte Versicherungsleistungen werden von Ersatz- oder Ausgleichsleistungen Dritter an den Versicherer nicht berührt);

b) die Versicherung während des ganzen Geschäftsjahres in dem betreffenden Tarifverband bestanden hat und am 30. Juni des folgenden Geschäftsjahres noch immer besteht (die zweite Voraussetzung entfällt, wenn die Versicherung nach § 14 Abs. 1 d) oder Abs. 3 AVB-G geendet hat);

c) die Beiträge, die während des Geschäftsjahres fällig geworden sind, bis zum 31. Dezember vollständig entrichtet sind.

6.3 Die Beitragsrückerstattung nach Abs. 2 kann nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, in denen die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt worden sind, gestaffelt werden.

6.4 Eine Beitragsrückerstattung nach Abs. 2 erfolgt nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres.

6.5 Der Versicherer ist berechtigt, die Gewinnbeteiligung in Form einer Beitragsgutschrift durchzuführen.

7. Beitragsanpassung

7.1 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 jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung bei den Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst; bei einer Abweichung von mehr als 5% können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Ergibt die Gegenüberstellung bei der Sterbewahrscheinlichkeit eine Abweichung von mehr als 5%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2 AVB-G) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2 AVB-G) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

7.2 *(entfallen)*

7.3 Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherten folgt.