

Allgemeine Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung (AVB-G)

G

ERGÄNZUNGSTARIF SM 9

FÜR GKV-VERSICHERTE

KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG

1. TARIF SM 9

1.1 Stationäre Heilbehandlung und Entbindung

Erstattungsfähig sind nach vorheriger Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Aufwendungen für:

- Wahlärztliche¹ und belegärztliche² Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnung liegende Aufwendungen, die durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet und nach den Bemessungskriterien der Gebührenordnung angemessen sind.

- Mehrkosten der Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer³,
- neben dem Unterkunftszuschlag berechenbarer Zuschlag für Verpflegung, Sanitärzelle, Telefonanschluss, Radio- und Fernsehgerät.
- Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspflegers, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.
- Transport - jeweils bis 100 km - im Krankenwagen zum und vom Krankenhaus, im Rettungshubschrauber zum Krankenhaus.

Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 % ersetzt.

1.2 Ambulante Entbindung

Ohne Kostennachweis wird eine Pauschale von 511,29 EUR gezahlt.

1.3 Werden weder gesondert berechenbare Unterkunft noch wahl- oder belegärztliche Leistungen in Anspruch genommen, zahlt der private Versicherer bei vollstationärer - nicht bei teil-, vor- oder nachstationärer - Heilbehandlung oder Entbindung ein Krankenhaustagegeld:

25,56 EUR nach Vollendung des 14. Lebensjahres, vorher 15,34 EUR.

¹ Gesondert berechenbare Behandlung durch leitende Krankenhausärzte.

² Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

³ Differenzbetrag zwischen den berechneten Kosten (für allgemeine Krankenhausleistungen sowie Unterkunftszuschlag für Ein- oder Zweibettzimmer) und der Pflichtleistung der GKV, ausgenommen die von der GKV verlangte Zuzahlung (häusliche Ersparnis Erwachsener).

2. Monatliche Beiträge

- 2.1 Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsausweis bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsausweis.
- 2.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 17 Abs. 3 AVB-G.
- 2.3 Für mitversicherte Kinder, die das 14. und Jugendliche, die das 19. Lebensjahr vollenden, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

3. Beitragsrückerstattung (Gewinnbeteiligung)

- 3.1 Von dem satzungsgemäß ermittelten Überschuss eines Geschäftsjahres (Kalenderjahres) werden mindestens 80 % einer Rückstellung zugeführt, die ausschließlich für Zwecke der Beitragsrückerstattung verwendet wird (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.
- 3.2 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.
- 3.3 Die Beitragsrückerstattung nach Abs. 2 kann nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, in denen die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt worden sind, gestaffelt werden.
- 3.4 Eine Beitragsrückerstattung nach Abs. 2 erfolgt nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres.
- 3.5 Der Versicherer ist berechtigt, die Gewinnbeteiligung in Form einer Beitragsgutschrift durchzuführen.

4. Beitragsanpassung

- 4.1 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 wird auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Satz 2 AVB-G) mit dem kalkulierten Zuschlag verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.
- 4.2 Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- 4.3 Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherten folgt.

5. Vorrang der Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

- 5.1 In den Tarif SM 9 kann aufgenommen werden, wer in der GKV versichert ist. Der private Versicherer ist zur Leistung nach den Ziff. 1.1 nur verpflichtet, wenn zuvor die GKV ihre Leistung erbracht hat.
- 5.2 Endet die Versicherung bei der GKV oder lehnt die GKV während der Dauer der Versicherung nach SM 9 ihre Leistung ab, leistet der private Versicherer, sofern er nach den AVB-G verpflichtet ist:
- | nach Tarif | für | Erstattungs-
prozentsatz |
|------------|---|-----------------------------|
| ■ SM 9 | Unterkunftszuschlag für Ein- oder Zweibettzimmer
neben dem Unterkunftszuschlag berechneter
Zuschlag für Verpflegung, Sanitärzelle, Telefon-
anschluss, Radio- und Fernsehgerät,
Leistungen nach Ziff. 1.2 und 1.3 | 100 % |
| | folgende Aufwendungen nach Ziff. 1.1:
wahlärztliche und belegärztliche Leistungen, Leistungen
der Beleghebamme/des Belegentbindungspflegers,
Transport - jeweils bis 100 km - im Krankenwagen zum
und vom Krankenhaus, im Rettungshubschrauber zum
Krankenhaus | 60 % |
- 5.3 Die Beendigung der GKV-Versicherung ist dem privaten Versicherer innerhalb von zwei Monaten nachzuweisen.
- 5.4 Die Regelungen zur SM 9 in Ziff. 1.1 bis 1.3 (Tarifleistungen) und 5.1 bis 5.3 (Vorrang der Leistung der GKV) gelten entsprechend, wenn ein den Leistungen der GKV vergleichbarer Versicherungsschutz für Krankenhausbehandlung besteht.

Wichtiger Hinweis zum Auslandsaufenthalt

In bestimmten Fällen leistet die gesetzliche Krankenversicherung nicht bei Behandlung im Ausland. Dann ist Ihr Versicherungsschutz nach dem Tarif SM 9 eingeschränkt (vgl. Ziff. 5.2).

Wir empfehlen Ihnen deshalb dringend, rechtzeitig vor Antritt der Auslandsreise Ihre Krankenkasse zu fragen bzw. gleich bei der DKV eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Welcher Tarif für Sie der zweckmäßigste ist, sagt Ihnen unsere Filiale oder die Hauptverwaltung in Köln.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0 18 01/358 100 (3,9 ct/Min.*)
(*aus dem deutschen Festnetz, abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen möglich)