

Krankheitskosten-Tarif MediGroupAG S 1

Ergänzungsversicherung für stationäre Heilbehandlung im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages

(Stand: 01.09.2015)

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)

(gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/KK 2009)

A. Allgemeine Bestimmungen

- 1. Geltung des Gruppenversicherungsvertrages** Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I und Teil II) gelten in Verbindung mit den für den Versicherungsschutz nach Tarif MediGroupAG S 1 maßgeblichen Regelungen des zwischen dem jeweiligen Arbeitgeber und dem Versicherer abgeschlossenen Gruppenversicherungsvertrages.
- 2. Versicherungsfähigkeit/ Versicherte Personen/ Versicherungsnehmer** Versicherungsfähig sind unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 2 AVB beschäftigte Arbeitnehmer (versicherte Personen),
- die bei Abschluss des Tarifs MediGroupAG S 1 das 16. Lebensjahr vollendet haben und
 - deren Arbeitgeber (Versicherungsnehmer) sich zur Beitragszahlung im Rahmen des bestehenden Gruppenversicherungsvertrages zu Gunsten der versicherten Personen verpflichtet hat.
- Familienangehörige der versicherten Personen sind nach Tarif MediGroup S 1 versicherungsfähig, sofern hierfür ein gesonderter Gruppenversicherungsvertrag besteht.

B. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- 1. Stationäre Heilbehandlung/ Psychotherapie** Erstattungsfähig sind
- 100 %** der nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers verbleibenden Aufwendungen (vgl. Abschnitt D.1) für
- Unterkunft, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistung,
 - gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer,
 - gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer,
 - gesondert berechnete ärztliche Leistungen.
- Werden keine Vorleistungen eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers nachgewiesen, erstattet der Versicherer
- 100 %** der Aufwendungen für
- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer,
 - gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer,
 - gesondert berechnete ärztliche Leistungen.
- 100 %** des gesetzlichen Eigenanteils (Zuzahlung) bei stationärer Behandlung.
- 2. Vor- und nachstationäre Behandlung** Erstattungsfähig sind
- 100 %** der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus.
- Die vor- und nachstationäre Behandlung ist begrenzt auf
- längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung und
 - längstens sieben Behandlungstage innerhalb von vierzehn Tagen, bei Organübertragungen innerhalb von drei Monaten, nach Durchführung der stationären Behandlung.
- Eingeschlossen sind die ärztlichen Leistungen für Diagnostik und der medizinisch notwendige Verbandswechsel.
- Im Rahmen der nachstationären Behandlung kann die Frist von vierzehn Tagen oder drei Monaten in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden.

- 3. Ambulante Operationen**
- Erstattungsfähig sind
- 100 %** der Kosten für ambulante Operationen und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen, soweit sie die Leistungen der gesetzlichen oder der privaten Krankenversicherung übersteigen.
- Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V erstellten Katalog und können beim Versicherer jederzeit erfragt werden. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.
- 4. Vor- und Abschlussuntersuchung bei ambulanter Operation**
- Erstattungsfähig sind
- 100 %** der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen für Vor- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus bei ambulanter Operation.
- Die Vor- und Abschlussuntersuchung ist begrenzt auf
- längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der ambulanten Operation,
 - längstens sieben Behandlungstage innerhalb von vierzehn Tagen nach Durchführung der ambulanten Operation.
- Eingeschlossen sind die ärztlichen Leistungen für Diagnostik und der medizinisch notwendige Verbandswechsel.
- 5. Krankentransport**
- Erstattungsfähig sind
- 100 %** der nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers verbleibenden Aufwendungen einschließlich der gesetzlichen Zuzahlungen für den
- Transport im Krankenwagen,
 - Transport im Notfallrettungsdienst auch mit dem Hubschrauber zur stationären Behandlung.

C. Ersatzleistung/Krankenhaustagegeld

- Krankenhaustagegeld**
- Werden bei einem Krankenhausaufenthalt ärztliche Leistungen oder Unterkunft und Verpflegung nicht im versicherten Rahmen gesondert berechnet oder in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld gezahlt.
- **20 Euro** für nicht gesondert berechnete ärztliche Leistungen und
 - **20 Euro** für nicht gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung.

D. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

- Erläuterungen**
1. Erstattet werden auch die Differenzkosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die der versicherten Person dadurch entstehen, dass sie ein anderes als das in der Einweisung des gesetzlichen Versicherungsträgers genannte Krankenhaus gewählt hat. Voraussetzung ist, dass ein Leistungsanspruch gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht.
In Krankenhäusern, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, wird als Zuschlag für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer die Differenz zwischen den Pflegesätzen für das Ein- oder Zweibettzimmer zum Pflegesatz für das Drei- oder Mehrbettzimmer angesetzt.
Bei gesondert berechneter Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer werden auch die Bereitstellungsgebühren für TV/Radio, Telefon sowie Internet erstattet.
 2. Abweichend von § 4 Abs. 3 AVB werden die gesondert berechneten ärztlichen Leistungen auch über den Rahmen der in der Bundesrepublik Deutschland gültigen Gebührenordnungen hinaus erstattet, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.
 3. Abweichend von § 3 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der Wartezeiten.
 4. Eine mit der privaten Krankenversicherung (PKV) vereinbarte Selbstbeteiligung oder ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf die Selbstbeteiligung der PKV oder den Selbstbehalt der GKV angerechnete Leistungen werden berücksichtigt.
 5. Für Erkrankungen, die zwischen Antragstellung und Zugang des Versicherungsnachweises bei der versicherten Person erstmals auftreten, besteht Versicherungsschutz ab dem im Versicherungsnachweis ausgewiesenen Versicherungsbeginn.
 6. Sofern ein Kind unter 10 Jahren im Krankenhaus stationär behandelt werden muss, kann die Anwesenheit der Eltern oder einer erwachsenen Begleitperson den Genesungsprozess fördern. Hat die nach Tarif MediGroupAG S 1 versicherte Person für ihr Kind Versicherungsschutz nach Tarif MediGroup S 1 abgeschlossen, werden die Aufwendungen für die zusätzlichen Unterkunfts- und Verpflegungskosten einer erwachsenen Begleitperson (Rooming-In) bis zu vier Wochen je Kalenderjahr aus Tarif MediGroup S 1 des Kindes übernommen.

E. Ende der Versicherung/Fortführung/Obliegenheit

Erläuterungen

1. Der Versicherungsschutz nach Tarif MediGroupAG S 1 endet (vgl. auch § 15 AVB) zum Schluss des Monats, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet.
2. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages oder Ausscheiden aus dem versicherungsfähigen Personenkreis (vgl. Abschnitt A.2) kann die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten die Fortsetzung nach vergleichbaren Tarifen zu den gültigen Bedingungen der Einzelversicherung verlangen.
3. Der Arbeitgeber (Versicherungsnehmer) ist verpflichtet, den Versicherer über das Ausscheiden einer versicherten Person aus dem versicherbaren Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages (vgl. Abschnitt A.2) unverzüglich zu unterrichten.
4. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages besteht für laufende Versicherungsfälle ab diesem Zeitpunkt eine Nachleistungspflicht von vier Wochen, sofern der Versicherungsschutz nicht in der Einzelversicherung fortgesetzt wird.

F. Beiträge

Beitragsberechnung

Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.