

Krankheitskosten-Tarif MediGroup S Ergänzungsversicherung für stationäre Heilbehandlung

Stand: 01.01.2013

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/KK 2009)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- 1. Stationäre Heilbehandlung**

100 % der nach Vorleistung eines gesetzlichen Versicherungsträgers verbleibenden Aufwendungen für

 - Unterbringung, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistungen, Transport im Krankenwagen, im Notfallrettungsdienst auch mit dem Hubschrauber, je Versicherungsfall bis zu 100 km, mindestens aber bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus,
 - gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie für gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

100 % des gesetzlichen Eigenanteils (Zuzahlung) bei stationärer Behandlung.

Werden keine Vorleistungen eines gesetzlichen Krankenversicherungsträgers nachgewiesen, so werden die Aufwendungen für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie für gesondert berechnete ärztliche Leistungen erstattet.

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.

- 2. Ambulante Operation**

Die Kosten für ambulante Operationen und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen werden erstattet, soweit sie die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen. Eingeschlossen sind die ärztlichen Leistungen für die Vor- und Abschlussuntersuchung einschließlich der Diagnostik und des medizinisch erforderlichen Verbandswechsels. Voraussetzung ist, dass diese innerhalb von fünf Tagen vor der Operation und 14 Tagen nach der Operation erfolgen. Die Vor- und Abschlussuntersuchung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der ambulanten Operation begrenzt, bzw. auf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen (§ 115a SGB V).

Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem gemäß § 115 b SGB V erstellten Katalog. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.

B. Ersatzleistung/Krankenhaustagegeld

Leistungen des Versicherers

- Krankenhaustagegeld**
- Werden bei einem Krankenhausaufenthalt ärztliche Leistungen oder Unterbringung und Verpflegung nicht im versicherten Rahmen gesondert berechnet oder in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld gezahlt.
- 46,00 EUR** bei nicht gesondert berechneten ärztlichen Leistungen
- 26,50 EUR** bei nicht gesondert berechneter Unterbringung.
- Für Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr wird jeweils die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes gezahlt.

C. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

Erläuterung

Versicherungsfähig sind nur Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder als Familienangehöriger bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und Tarif **MediGroup S** im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages abgeschlossen haben.

Bei Ausscheiden aus der GKV oder aus dem Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages endet der Versicherungsschutz nach Tarif **MediGroup S** zum Schluss des laufenden Monats. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus der GKV oder dem Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages unverzüglich zu unterrichten.

D. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterung

1. Für Erkrankungen, die zwischen Antragstellung und Zugang des Versicherungsscheins erstmals auftreten, besteht Versicherungsschutz ab dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn.
2. Abweichend von § 3 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung von Wartezeiten.
3. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages oder Ausscheiden aus dem versicherungsfähigen Personenkreis kann die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten die Fortsetzung nach vergleichbaren Tarifen zu den gültigen Bedingungen der Einzelversicherung verlangen.
4. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages besteht für laufende Versicherungsfälle ab diesem Zeitpunkt eine Nachleistungspflicht von vier Wochen.

E. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.
2. Von dem auf die Vollendung des 16., 21., 31., 41., 51., 61., 66., 71., 81., 91. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.