

Wesentliche Merkmale des Tarifs OK.

Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung im Zweibettzimmer
- 100% Kostenerstattung für privatärztliche Behandlung
- 100% Kostenerstattung für Krankentransport
- 100% Kostenerstattung für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung
- 100% Kostenerstattung für eine Begleitperson bei Kindern

Optionsrecht

- auf Wechsel in eine Voll- oder Beihilfe-Restkostenversicherung
- auf Wechsel in eine Zusatzversicherung
- ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten

Tarif OK.

Krankheitskosten-Zusatzversicherung mit Option für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung Fassung Februar 2015

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Mit Ausnahme der unter Punkt IV. formulierten Abweichungen gilt der Tarif OK. (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen [TB/KK 2013]) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen bis zu einem Eintrittsalter von 44 Jahren, die in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflichtversichert sind, Anspruch auf Familienversicherung haben oder z.B. aufgrund eines Wahltarifs für eine bestimmte Zeit an eine GKV gebunden sind und bei Versicherungsbeginn im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnen.

Die erstmalige Versicherungsdauer beträgt fünf Jahre. Sofern nach Ablauf dieser fünf Jahre obige Voraussetzungen weiterhin erfüllt sind, kann der Versicherungsschutz zweimal um jeweils weitere fünf Jahre (aber höchstens bis zur Vollendung des 49. Lebensjahres, vgl. IV.C) Ziffer 2) verlängert werden. Die Verlängerungen erfolgen ohne erneute Risikoprüfung. Der Beitrag der jeweiligen Verlängerung wird nach dem dann geltenden Eintrittsalter festgesetzt.

II. Versicherungsleistungen

Der Versicherer leistet

- bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern sowie in Tbc-Heilstätten und Tbc-Sanatorien;
- bei Vorsorgeuntersuchungen, wenn diese aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen;
- bei einem Krankenhausaufenthalt wegen Schwangerschaft und Entbindung.

A) Erstattungsfähig sind die Kosten für

1. Wahlleistungen

1.1 In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (Zuschlag zum Pflegesatz) und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

1.2 In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen die zusätzlichen Kosten für ein Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

Unterscheidet ein Krankenhaus nach Pflegeklassen, so gilt für die nachstehenden Leistungsaussagen die 1. Pflegeklasse als Einbettzimmer, die 2. Pflegeklasse als Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse als Mehrbettzimmer.

2. Krankentransport

Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

B) Die – gegebenenfalls nach Vorleistung der GKV verbleibenden – erstattungsfähigen Kosten werden wie folgt erstattet:

100% des Rechnungsbetrages bei Aufenthalt im Zwei- oder Mehrbettzimmer, bei Aufenthalt im Einbettzimmer beschränkt auf die Kosten, die bei einem Aufenthalt im Zweibettzimmer entstanden wären. Können diese nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

Verbleibende Restkosten bei den allgemeinen Krankenhausleistungen

Hat die GKV die Allgemeinen Krankenhausleistungen nicht in voller Höhe erbracht, so werden auch die verbleibenden Kosten – mit Ausnahme bei der GKV bestehender Selbstbehalte – zu 100% erstattet:

- a) In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen, die gesondert berechnete Vergütung des Belegarztes, der Beleghebamme sowie des -entbindungspflegers.
- b) In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie der Leistung einer Hebamme und eines Entbindungspflegers.

Hat die GKV keine Leistungen erbracht, so werden die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht erstattet. Kann die Höhe der Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

C) Für nicht in Anspruch genommenen Kostenersatz erhält der Versicherungsnehmer ein Krankenhaustagegeld

1. in Höhe von 15,60 € bei Nicht-Inanspruchnahme des Kostenersatzes für den Unterkunftszuschlag,
2. in Höhe von 26 € bei Nicht-Inanspruchnahme des Kostenersatzes für vereinbarte privatärztliche Behandlung.

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

D) Zusatzleistungen für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen als Privatpatient

Erstattet werden 100% der ärztlichen Kosten der ambulant unmittelbar vor bzw. nach einer leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung durchgeführten einmaligen Aufnahme- und Abschlussuntersuchung durch den liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt. Dabei sind die Leistungen der GKV zunächst in Anspruch zu nehmen und dem Versicherer nachzuweisen.

E) Erstattung der Kosten für eine Begleitperson bei Kindern

Wird neben einem versicherten Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, werden auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson erstattet.

Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson sind durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

III. Leistungsanpassung

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung im Tarif OK. auch betragsmäßig festgelegte Krankentagegelder gemäß Abschnitt II.C) mit Zustimmung des Treuhänders geändert werden.

IV. Optionsrecht

Der Versicherungsnehmer hat die Option, für die versicherte Person

- bei Beendigung des Optionstarifs gemäß IV.C) Ziffer 1 entweder eine Krankheitskosten-Vollversicherung, eine Beihilfe-Restkostenversicherung oder eine Zusatzversicherung zur GKV abzuschließen.
- bei Beendigung gemäß IV.C) Ziffer 2 oder 3 eine Zusatzversicherung zur GKV abzuschließen.

Der Wechsel kann in Tarife erfolgen, die für den Neuzugang geöffnet sind, sofern Versicherungsfähigkeit für diese Tarife besteht. Das Optionsrecht bezieht sich auf den unter IV.D) beschriebenen Versicherungsschutz.

A) Umstellungszeitpunkt

Will der Versicherungsnehmer von diesem Optionsrecht Gebrauch machen, muss er die Umstellung innerhalb von 2 Monaten nach Eintritt der Beendigungsgründe gemäß IV.C) beantragen. Sie wird dann zum Zeitpunkt des Eintritts des Beendigungsgrundes wirksam. Soll die Umstellung nicht im unmittelbaren Anschluss erfolgen und meldet der Versicherungsnehmer innerhalb von 6 Monaten nach Eintritt des Beendigungsgrundes diesen, kann er die Umstellung zum nächsten Monatsersten beantragen, der auf den nächst möglichen Kündigungstermin bei seiner GKV folgt.

B) Ruhen bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt

Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt ruht der Versicherungsschutz gemäß II. des Tarifs für die gesamte Dauer des Aufenthaltes. Die Option wird davon nicht berührt. Die Dauer des Auslandsaufenthaltes wird auf die Laufzeit des Optionstarifs angerechnet.

Sofern der Auslandsaufenthalt mindestens 2 Monate dauert, sind für die gesamte Auslandsaufenthaltsdauer die reduzierten Beiträge zu entrichten.

C) Ende des Optionstarifs

Die Versicherung nach dem Optionstarif endet

1. mit dem Ende der Versicherungspflicht in der GKV oder des Anspruchs auf Familienversicherung und/oder nach Ablauf einer evtl. Bindefrist (z.B. durch einen GKV-Wahltarif).
2. mit dem Ablauf des Monats, in dem das 49. Lebensjahr vollendet wird.
3. mit dem Ablauf des Monats, in dem die für diese Versicherung vorgesehene Höchstvertragsdauer von 15 Jahren erreicht ist.

Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer

- das Ende der Versicherungspflicht in der GKV oder des Anspruchs auf Familienversicherung
- und/oder den Ablauf einer evtl. Bindefrist (z.B. durch einen GKV-Wahltarif)

unverzüglich schriftlich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

Sofern kein Umstellungsrecht in Anspruch genommen wurde, wird das Versicherungsverhältnis nach Wegfall dieser Bedingungen – ohne dass es eines Antrages bedarf – in Tarif CSAW.2 fortgesetzt. Der Beitrag wird nach dem dann geltenden Eintrittsalter unter entsprechender Berücksichtigung gegebenenfalls bereits bestehender Risikozuschläge festgesetzt. Der Versicherungsnehmer kann dann innerhalb von zwei Monaten vom Zeitpunkt des Wegfalls der Voraussetzungen für diese Bedingungen an mit Wirkung zum Ende des Monats kündigen, in dem die Voraussetzungen wegfallen.

D) Umfang der Option

1. Das Umstellungsrecht auf die Vollversicherung bzw. Beihilfe-Restkostenversicherung umfasst folgenden Versicherungsschutz:

- ambulante Heilbehandlung.
- stationäre Heilbehandlung (allgemeine Krankenhaus- und Wahlleistungen).
- Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Die tarifliche sowie eine gegebenenfalls individuell vereinbarte Zahnstaffel beginnen mit dem Umstellungszeitpunkt.
- Krankentagegeld für Selbstständige ab dem 22. Tag bzw. für Arbeitnehmer ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten und entfallenden Nettoeinkommens. Sofern zum Zeitpunkt der Wahrnehmung des Optionsrechtes die Aufnahmerichtlinien keinen höheren Betrag vorsehen, ist das Krankentagegeld ab dem 22. Tag auf 100 € pro Tag, das Krankentagegeld ab dem 43. Tag auf 150 € pro Tag begrenzt.
- Pflege-Pflichtversicherung nach § 23 SGB XI. Die Vorversicherungszeiten aus der Option werden nicht auf die Pflege-Pflichtversicherung gemäß § 110 SGB XI angerechnet.

2. Das Umstellungsrecht auf die Zusatzversicherung umfasst folgenden Versicherungsschutz:

- ambulante Heilbehandlung.
- stationäre Heilbehandlung (Wahlleistungen).
- Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Die tarifliche sowie eine gegebenenfalls individuell vereinbarte Zahnstaffel beginnen mit dem Umstellungszeitpunkt.
- Krankentagegeld ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten und entfallenden Nettoeinkommens. Sofern zum Zeitpunkt der Wahrnehmung des Optionsrechtes die Aufnahmerichtlinien keinen höheren Betrag vorsehen, ist das Krankentagegeld unter Anrechnung des GKV-Krankengeldes auf 150 € pro Tag begrenzt.

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten. Grundlage für die Risikozuschlagsbemessung ist die bei Abschluss des Optionstarifes festgestellte Risikolage sowie der nach der Umstellung zu zahlende Tarifbeitrag zum erreichten Alter.

Abweichend von § 2 MB/KK Teil II sind zum Zeitpunkt der Ausübung der Option gemäß IV.D) Ziffer 2 angeratene oder laufende Zahnbehandlungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.