

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

Tarif WKplus mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. Januar 2024 -

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung 2009 (MB/KK 2009)

I. Beiträge (Monatsraten nach § 8 MB/KK 2009)

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein beziehungsweise einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

II. Versicherungsleistungen

1 Wahlleistungen

1.1 Mit dem vereinbarten Prozentsatz (siehe Leistungstabelle) erstattet der Versicherer Aufwendungen für Wahlleistungen bei einer stationären Krankenhausbehandlung und stationären Entbindung in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) beziehungsweise dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der jeweils gültigen Fassung unterliegen.

Als Wahlleistungen gelten: Gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer, gesondert berechenbare ärztliche Behandlung, auch in einem Krankenhaus im Ausland.

1.2 Mit 100 % erstattet der Versicherer Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer.

1.3 Nimmt die versicherte Person für die gesamte Dauer der stationären Krankenhausbehandlung keine Wahlleistungen in Anspruch, zahlt der Versicherer ein Krankenhaustagegeld nach der Leistungstabelle (Spalte 3). Wenn die versicherte Person für die gesamte Dauer der stationären Behandlung anstelle des Einbettzimmers ein Zweibettzimmer wählt, zahlt der Versicherer ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 Euro (Leistungstabelle Spalte 4).

1.4 Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld nach Nummer 1.3 gezahlt.

2 Ambulante Operationen

2.1 Mit dem vereinbarten Prozentsatz (siehe Leistungstabelle) erstattet der Versicherer Aufwendungen für privatärztliche Leistungen für ambulante Operationen in einem Krankenhaus, soweit dadurch eine stationäre Krankenhausbehandlung im Sinne von § 4 Abs. 4 MB/KK 2009 ersetzt wird.

Unterliegt das Krankenhaus nicht der BpflV oder dem KHEntgG, besteht keine Leistungspflicht. Dies gilt nicht bei einer ambulanten Operation in einem Krankenhaus im Ausland.

2.2 Verzichtet die versicherte Person auf die Inanspruchnahme der Leistungen, wird einmalig ein Betrag nach der Leistungstabelle (Spalte 5) gezahlt.

3 Vor- und nachstationäre Behandlung

Mit dem vereinbarten Prozentsatz (siehe Leistungstabelle) erstattet der Versicherer gesondert berechenbare Leistungen für die vor- und nachstationäre Behandlung. Für die vorstationäre Behandlung sind Leistungen auf längstens drei Behandlungstage vor der stationären Krankenhausbehandlung und für die nachstationäre Behandlung auf längstens sieben Behandlungstage im unmittelbaren Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung begrenzt. Als unmittelbar gilt der Anschluss, wenn die nachstationäre Behandlung innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung beginnt. Zustehende Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder anderer Leistungsträger werden in Abzug gebracht.

Anmerkung zu 1 bis 3

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, die der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in den jeweils gültigen Fassungen entsprechen.

Von den Gebührenordnungen abweichende Vergütungen (zum Beispiel, wenn Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütungen fehlen) und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen erstattet der Versicherer nicht.

III. Tarifbedingungen

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind oder über eine gleichartige Absicherung eines deutschen Leistungsträgers verfügen. Hierzu gehören auch gesetzlich krankenversicherte Personen mit Anspruch auf Beihilfe für Wahlleistungen bei stationärer Krankenhausbehandlung.

Nach dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 152 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) versicherte Personen sind nicht aufnahme- und versicherungsfähig.

2 Tarifliches Lebensalter bei der Beitragsfestsetzung

2.1 Bei Versicherungsbeginn oder Änderung der Versicherung – auch bei einer Beitragsanpassung – gilt als tarifliches Lebensalter der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn, Änderung oder Beitragsanpassung und dem Geburtsjahr. Im Übrigen ist § 8 a MB/KK 2009 anzuwenden.

2.2 Für Kinder und Jugendliche gilt als tarifliches Lebensalter das jeweils vollendete Lebensjahr. Nach Vollendung des nächsten Lebensjahres ist vom darauf folgenden Monatsersten an der Beitrag für das neue tarifliche Lebensalter zu zahlen.

Nach Vollendung des 20. Lebensjahres ist vom folgenden Monatsersten an der dann gültige niedrigste Beitrag für Vollbeitragspflichtige zu zahlen. Vollbeiträge sind nicht: Kinder-, Jugendlichen-, Ruhens-, Anwartschaftsbeiträge oder Beiträge nach den Besonderen Bedingungen H für Hochschulausbildung beziehungsweise Berufsausbildung.

3 Änderungen des Beihilfebemessungssatzes

Ändert sich der Beihilfebemessungssatz oder entfällt der Beihilfeanspruch, hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer den Versicherungsschutz im Rahmen der bestehenden Krankheitskostentarife so anpasst, dass dadurch der veränderte Beihilfebemessungssatz oder der weggefallene Beihilfeanspruch ausgeglichen wird. Wird der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach der Änderung gestellt, passt der Versicherer den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten zum 1. des Monats an, in dem die Änderung eintritt.

Bei nicht fristgemäßer Beantragung wird der Versicherungsschutz zum 1. des auf die Beantragung folgenden Monats angepasst. Soweit der Versicherungsschutz dann höher ist, kann der Versicherer insoweit einen Risikozuschlag verlangen oder einen Leistungsausschluss vereinbaren.

4 Anwartschaft auf Krankheitskostenvollversicherung

Entfällt für eine versicherte Person die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, der Anspruch auf freie Heilfürsorge oder der Bezug von Übergangsgebühren, hat der Versicherungsnehmer Anspruch darauf, dass der Versicherer die Versicherung nach Tarif WKplus in die bedarfsgerechte Krankheitskostenvollversicherung nach den Tarifen für Nichtbeihilfeberechtigte oder Beihilfeberechtigte umstellt. Bei Personen mit Anspruch auf Beihilfe dürfen Erstattungsprozentsatz und Beihilfebemessungssatz zusammengerechnet nicht mehr als „100“ ergeben. § 1 Abs. 6 MB/KK 2009 ist anzuwenden.

Wird der Antrag innerhalb von zwei Monaten nach Wegfall der genannten Voraussetzungen gestellt, passt der Versicherer den Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung oder Wartezeiten an.

Wird der Antrag nicht fristgemäß gestellt, wird der Versicherungsschutz zum 1. des auf den Antrag folgenden Monats umgestellt; der Versicherer kann einen Risikozuschlag verlangen oder einen Leistungsausschluss vereinbaren.

5 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter schreibt der Versicherer der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge jährlich zu. Die Zuschreibung wird nach den Vorschriften des VAG vorgenommen und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

6 Ergänzungen zu den Musterbedingungen (MB/KK 2009)

6.1 Zu § 1 Abs. 4 MB/KK 2009: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht der Versicherungsschutz auch während der gesamten Dauer eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung.

6.2 Zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009: Umfang der Leistungen bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland
Der Versicherer leistet bei Verlegung des Wohnsitzes innerhalb Europas im tariflichen Umfang, solange die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit weiterhin erfüllt sind.

6.3 Zu § 2 Abs. 1 und § 3 MB/KK 2009: Beginn des Versicherungsschutzes und Wartezeiten bei Vertragsänderungen
Bei einem Übertritt in eine höhere Tarifstufe wird die bisherige Versicherungsdauer auf die Wartezeiten angerechnet; im Übrigen gelten die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes und über die Wartezeiten mit der in Nummer 3 vorgesehenen Ausnahme entsprechend.

Für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindung leistet der Versicherer ab Beginn des Versicherungsschutzes auch dann, wenn der Versicherungsfall schon vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist.

6.4 Zu § 3 MB/KK 2009: Wartezeiten
Bei Versicherungsleistungen für Schwangerschaft und Entbindung gelten die allgemeinen Wartezeiten nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009.

Bei unfallbedingten Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie entfallen auch die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009.

Die Wartezeiten können aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

6.5 Zu § 4 Abs. 4 MB/KK 2009: Krankenhäuser
Zu den öffentlichen und privaten Krankenhäusern zählen auch Bundeswehrkrankenhäuser.

6.6 Zu § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK 2009: Gemischte Krankenanstalten
Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in gemischten Krankenanstalten verzichtet der Versicherer auf die vorherige schriftliche Zusage. Leistungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sind nicht erstattungsfähig.

6.7 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. a MB/KK 2009: Kriegsereignisse
Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. a MB/KK 2009 leistet der Versicherer für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht sind. Die Einschränkung der Leistungspflicht für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind, bleibt hiervon unberührt.

Aufwendungen, die durch Terrorakte, innere Unruhen oder kriegerische Handlungen verursacht sind, werden im tariflichen Umfang erstattet.

6.8 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. b MB/KK 2009: Leistungen bei Entgiftungsbehandlungen
Der Versicherer erstattet Aufwendungen für medizinisch notwendige Entgiftungsbehandlungen im tariflichen Umfang.

6.9 Zu § 6 Abs. 1 MB/KK 2009: Nachweis der Aufwendungen
Die entstandenen Aufwendungen sind durch die Originalrechnungen nachzuweisen. Bei fremdsprachigen Rechnungen sind auf Verlangen amtlich beglaubigte Übersetzungen beizufügen. Alle Belege müssen enthalten: Namen und Anschrift des Leistungserbringers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, Bezeichnung der behandelten Krankheiten, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und den Ziffern sowie – nur bei Rechnungen aus dem In-

land – den Steigerungssätzen der angewendeten Gebührenordnung, Stempel und Unterschrift des Ausstellers. Bei stationärer Krankenhausbehandlung ist die Art der Unterkunft (Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer) beziehungsweise die aufgesuchte Krankenhauspflegeklasse nachzuweisen.

Beteiligt sich ein anderer Leistungsträger an den Aufwendungen, sind Zweitschriften der Belege mit Leistungsvermerk erforderlich. Der Versicherer ist nur für die verbleibenden Aufwendungen leistungspflichtig.

- 6.10 Zu § 8 Abs. 1 und 5, § 13 Abs. 1 und § 14 Abs. 2 MB/KK 2009: Begriff des Versicherungsjahres
Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres ohne Einfluss.
- 6.11 Zu § 8 b MB/KK 2009: Beitragsanpassung
Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, so überprüft der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit und passt sie, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders an. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % kann der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen.

Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten nach den Vorschriften des VAG und der KVAV für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, hat der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit zu überprüfen und mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen.

- 6.12 Zu § 9 Abs. 1 MB/KK 2009: Anzeigepflicht bei Krankenhausbehandlungen
Der Versicherer verzichtet auf die Anzeigepflicht der Krankenhausbehandlung.
- 6.13 Zu § 14 Abs. 2 MB/KK 2009: Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht
Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- 6.14 Zu § 15 Abs. 3 MB/KK 2009: Verlegung des Wohnsitzes
Die Vertragsbestimmung nach § 15 Abs. 3 MB/KK 2009 gilt bei Verlegung des Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland mit Ausnahme der in § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staaten.

7 Ende der Versicherung

Unabhängig von den Regelungen in den §§ 13 bis 15 MB/KK 2009 endet die Versicherung nach Tarif WKplus mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit.

IV. Besondere Bedingungen H für Hochschulausbildung beziehungsweise Berufsausbildung

1. Aufnahme- und versicherungsfähig nach diesen Besonderen Bedingungen H sind Personen, die das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und

1.1 in der Hochschulausbildung beziehungsweise Berufsausbildung sind, das 20. Lebensjahr vollendet haben und die weder Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung noch eine sonstige Vergütung erhalten – ausgenommen Ausbildungsvergütungen – sowie

1.2 deren nicht berufstätige Ehegatten oder nicht berufstätige Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz.

2. Die in § 3 MB/KK 2009 vorgesehenen Wartezeiten werden erlassen.

3. Zur Berechnung der Beiträge bei Versicherungen mit den Besonderen Bedingungen H gilt als tarifliches Lebensalter bei Versicherungsbeginn, Änderung oder Beitragsanpassung das jeweils vollendete Lebensjahr. Wird mit Vollendung eines Lebensjahres die nächste Beitragsaltersgruppe erreicht, ist vom darauf folgenden Monatsersten an der dann für diese Beitragsaltersgruppe gültige Beitrag zu zahlen.

4. Die Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen H endet für alle versicherten Personen mit Ablauf des Monats, in dem die Hochschulausbildung beziehungsweise Berufsausbildung der versicherten Person nach Nummer 1.1 endet, wenn sie diese

vorzeitig aufgibt oder für die Dauer von mehr als sechs Monaten unterbricht. Für die versicherte Person nach Nummer 1.2 endet die Versicherungsfähigkeit mit dem Ablauf des Monats, in dem diese eine Berufstätigkeit aufnimmt.

Spätestens vom Beginn des Monats an, der auf die Vollendung des 34. Lebensjahres der versicherten Person nach Nummer 1.1 folgt, endet die Versicherungsfähigkeit für diese Besonderen Bedingungen H für alle versicherten Personen nach den Nummern 1.1 und 1.2; das gilt auch für die versicherte Person nach Nummer 1.2, wenn nur sie das 34. Lebensjahr vollendet.

Nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen H richtet sich der Beitrag für die jeweilige versicherte Person nach dem dann erreichten tariflichen Lebensalter (Unterschied zwischen Kalenderjahr und Geburtsjahr).

5. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die Voraussetzungen des Wegfalls dieser Besonderen Bedingungen H nach Nummer 4 innerhalb einer Frist von einem Monat anzuzeigen.

6. Bei Vereinbarung dieser Besonderen Bedingungen H wird die Tarifbezeichnung um den Zusatz „H“ ergänzt.

Leistungstabelle

Tarifstufe	Wahlleistungen, Leistungen für ambulante Operationen sowie für vor- und nachstationäre Behandlung ¹	Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf Wahlleistungen ²	Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf das Einbettzimmer ³	Pauschale für ambulante Operationen ⁴	Tarifstufe
WKplus	100 %	80,00 EUR	30,00 EUR	80,00 EUR	WKplus
WK90plus	90 %	75,00 EUR	30,00 EUR	75,00 EUR	WK90plus
WK85plus	85 %	72,50 EUR	30,00 EUR	72,50 EUR	WK85plus
WK80plus	80 %	70,00 EUR	30,00 EUR	70,00 EUR	WK80plus
WK75plus	75 %	67,50 EUR	30,00 EUR	67,50 EUR	WK75plus
WK70plus	70 %	65,00 EUR	30,00 EUR	65,00 EUR	WK70plus
WK65plus	65 %	62,50 EUR	30,00 EUR	62,50 EUR	WK65plus
WK60plus	60 %	60,00 EUR	30,00 EUR	60,00 EUR	WK60plus
WK55plus	55 %	57,50 EUR	30,00 EUR	57,50 EUR	WK55plus
WK50plus	50 %	55,00 EUR	30,00 EUR	55,00 EUR	WK50plus
WK45plus	45 %	52,50 EUR	30,00 EUR	52,50 EUR	WK45plus
WK40plus	40 %	50,00 EUR	30,00 EUR	50,00 EUR	WK40plus
WK35plus	35 %	47,50 EUR	30,00 EUR	47,50 EUR	WK35plus
WK30plus	30 %	45,00 EUR	30,00 EUR	45,00 EUR	WK30plus
WK25plus	25 %	42,50 EUR	30,00 EUR	42,50 EUR	WK25plus
WK20plus	20 %	40,00 EUR	30,00 EUR	40,00 EUR	WK20plus
WK15plus	15 %	37,50 EUR	30,00 EUR	37,50 EUR	WK15plus
WK10plus	10 %	35,00 EUR	30,00 EUR	35,00 EUR	WK10plus

¹ siehe Abschnitt II Nr. 1.1, 2 und 3

² siehe Abschnitt II Nr. 1.3 Satz 1

³ siehe Abschnitt II Nr. 1.3 Satz 2

⁴ siehe Abschnitt II Nr. 2.2