Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

Krankenhaus-tagegeldtarif TK mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. Januar 2017 -

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

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

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

II. Versicherungsleistungen

1.Es kann ein Krankenhaustagegeld von 5 EUR oder einem Vielfachen davon versichert werden.

2. Das versicherte Krankenhaustagegeld wird für jeden Tag des Krankenhausaufenthaltes ohne Kostennachweis gezahlt

a) bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen (§ 4 Abs. 4 und 5 MB/KK 2009),

b) bei stationärer Entbindung vollbeitragspflichtiger Versicherter.

Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

3. Bei stationärer Heilbehandlung in einem Sanitätsbereich der Truppe oder einer gleichgestellten Einrichtung wird die Hälfte des versicherten Krankenhaustagegeldes gezahlt.

III. Tarifbedingungen

1. Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die nach ihrem Gesundheitszustand versicherungsfähig sind.

Die Aufnahme kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden.

2. Beitragsfestsetzung

Als tarifliches Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.

Bei einer Anpassung der Beiträge wird das tarifliche Eintrittsalter insoweit berücksichtigt, wie es der gemäß den technischen Berechnungsgrundlagen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen gebildeten Alterungsrückstellung entspricht.

Der Beitrag für Kinder gilt bis zum Ende des Monats, in dem sie das 20. Lebensjahr vollenden; vom folgenden Monatsersten an wird der niedrigste Erwachsenenbeitrag erhoben.

3. Beitragsrückerstattung

An einer Ausschüttung aus der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist jede nach diesem Tarif versicherte Person teilnahmeberechtigt, für die

a) gleichzeitig bei der Debeka eine Krankheitskostenversicherung besteht, die für das abgelaufene Kalenderjahr an der Beitragsrückerstattung teilnimmt,

b) keine Versicherungsleistungen nach einem Tarif des Vereins für das abgelaufene Kalenderjahr bezogen wurden,

c) während des ganzen abgelaufenen Kalenderjahres der Beitrag für Vollbeitragspflichtige zu zahlen war und bis spätestens 15. Januar des Folgejahres entrichtet wurde,

d) die Versicherung nach diesem Tarif bis zum 30. Juni des Folgejahres fortbestand; diese Bedingung entfällt, wenn die versicherte Person wegen Pflichtversicherung, die keine Befreiungsmöglichkeit ließ, oder Tod ausgeschieden ist.

4. Ergänzungen zu den Musterbedingungen (MB/KK 2009)

a) Zu § 1 (5) MB/KK 2009: Umfang der Leistungen bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland
Der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb Europas im tariflichen Umfang.

b) Zu §§ 2 (1) und 3 MB/KK 2009: Beginn des Versicherungsschutzes und Wartezeiten
§ 3 (5) Satz 1 MB/KK 2009 gilt für die Krankenhaustagegeldversicherung, wenn sie gleichzeitig neben einer Krankheitskostenvollversicherung abgeschlossen wird.

Für medizinisch notwendige stationäre Behandlungen wegen Schwangerschaft wird ab Beginn des Versicherungsschutzes auch dann geleistet, wenn der Versicherungsfall schon vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist.

c) Zu § 3 (4) MB/KK 2009: Wartezeiten
Die Wartezeiten können aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

d) Zu § 4 (2) und (3) MB/KK 2009: Medizinische Versorgungszentren
Der versicherten Person steht auch die Wahl unter approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) tätig sind, wenn die Abrechnung auf der Grundlage der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte erfolgt. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können auch von den in Satz 1 genannten behandelnden Ärzten und Zahnärzten verordnet werden.

e) Zu § 4 (5) MB/KK 2009: Stationäre Behandlung von Tbc-Erkrankungen
Bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung von Tbc-Erkrankungen wird das Krankenhaustagegeld in der vereinbarten Höhe je Versicherungsfall bis zu einer Dauer von 3 Monaten gewährt.

f) Zu § 5 (1) Buchst. c MB/KK 2009: Einschränkung der Leistungspflicht
§ 5 (1) Buchst. c MB/KK 2009 gilt entsprechend für die Behandlung in medizinischen Versorgungszentren, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat.

g) Zu § 6 (1) MB/KK 2009: Nachweis zur Auszahlung von Versicherungsleistungen
Durch Vorlage einer Bescheinigung des Krankenhausarztes sind die Dauer (Beginn und Ende) einer Krankenhausbehandlung und die genaue Bezeichnung der behandelten Krankheit nachzuweisen, sofern diese Angaben nicht aus eingereichten Kostenbelegen ersichtlich sind.

h) Zu §§ 8 (1), 8 (5), 13 (1) und 14 (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.

i) Zu § 8 (7) MB/KK 2009: Mahnkosten
Die Mahnkosten betragen für jede angemahnte Monatsrate 1 EUR.

j) Zu § 8 b MB/KK 2009: Beitragsanpassung
Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, so werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Bei einer Abweichung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der KVAV für eine Beobachtungseinheit 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.

k) Zu § 15 (3) MB/KK 2009: Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes
Die Vertragsbestimmung gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins außereuropäische Ausland mit Ausnahme der in § 1 (5) MB/KK 2009 genannten Staaten.