

## Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AB/KK 2009)

(Stand: 01.01.2022)

### Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB/KK 2009)

#### Der Versicherungsschutz

##### § 1

##### Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
  - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
  - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
2. Aufnahmefähig sind nur gesunde Personen, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsbereich des Versicherers haben.
3. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
  - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
  - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
  - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
4. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB, Teil I), dem Tarif (Teil II) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
5. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.
6. Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, besteht abweichend von Abs. 5 Versicherungsschutz (vgl. § 2 Abs. 1, § 3) während der ersten sechs Monate des vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland. Muss ein vorübergehender Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über die ersten sechs Monate des Aufenthaltes hinaus ausgedehnt werden, besteht abweichend von Abs. 5 Satz 4 Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.
7. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

## § 2 Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. Ist der Versicherungsschutz im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages abgeschlossen, bei dem eine Gesundheitsprüfung nicht durchgeführt wird, besteht abweichend von Abs. 1 für bereits vor Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag eingetretene Versicherungsfälle Versicherungsschutz ab dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns. Maßgeblich für die Prüfung der Leistungspflicht ist jeweils das Datum an dem eine Behandlung ausgeführt bzw. Arzneien, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen worden sind.
2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt.  
  
Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- 2.1 Abweichend von Abs. 2 beginnt bei Neugeborenen der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne Einhaltung der Mindestversicherungszeit eines Elternteils von drei Monaten, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung des versicherten Elternteils die 20. Schwangerschaftswoche nicht vollendet war.
3. Bei Anmeldung eines Neugeborenen zur Versicherung nach Abs. 2 und Abs. 2.1 besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden und angeborene Krankheiten.
4. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

## § 3 Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt
  - a) bei Unfällen;
  - b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (s. Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.
3. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
4. Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfall.
5. Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

Die Wartezeiten können auf Antrag erlassen werden, wenn für die zu versichernden Personen ein ärztliches Zeugnis innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung vorgelegt wird. Der Versicherer stellt hierzu Vordrucke zur Verfügung. Die Zeugniskosten trägt der Antragsteller. Geht das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb der gesetzten Frist ein, gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

Die Wartezeiten entfallen in der Krankheitskostenversicherung, wenn diese beim Versicherer gleichzeitig für ambulante und stationäre Heilbehandlung abgeschlossen wird. Die Wartezeiten entfallen auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, wenn sie gleichzeitig zu einer Krankheitskostenversicherung abgeschlossen wird, für welche die Wartezeiten nach Satz 1 entfallen. Dies gilt nicht, wenn die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nur eine bestehende gesetzliche Krankenversicherung ergänzt. Nach Tarifwechsel aus einer beim Versicherer

bestehenden Krankheitskostenversicherung gleicher Art gelten ohne Zurücklegung von Wartezeiten die Leistungen des neuen Tarifs. Im Zeitpunkt des Tarifwechsels noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle sind von den höheren Leistungen ausgeschlossen. Dies gilt nicht bei Umwandlungen, zu denen ein Risikozuschlag oder Leistungsausschluss vereinbart wurde.

6. Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
7. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

#### **§ 4 Umfang der Leistungspflicht**

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB, Teil I) und dem Tarif (AVB, Teil II). Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Leistungen ausgeführt bzw. die Arzneien, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen worden sind.
2. Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
3. Arztkosten sind innerhalb des Gebührenrahmens der in der Bundesrepublik gültigen Gebührenordnungen erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Heilpraktikerkosten sind im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.
4. Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlung durch approbierte und niedergelassene Behandelnde im Sinne des Psychotherapeutengesetzes sind im Rahmen der für diese geltenden gebührenrechtlichen Regelungen erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.
5. Die Leistungspflicht für gezielte Vorsorgeuntersuchungen erstreckt sich neben den gesetzlich eingeführten Programmen auf übliche Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung häufig vorkommender schwerer Erkrankungen (z. B. Diabetes, Krebs, Tuberkulose) ohne Altersbegrenzung.
6. Aufwendungen für ambulante Heilbehandlungen sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie von den in Abs. 11 genannten Krankenhäusern (Krankenhausambulanzen), oder medizinischen Versorgungszentren durchgeführt werden, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.
7. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
8. Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose zu vermeiden.
9. Als Heilmittel gelten Maßnahmen der physikalischen Therapie (Massagen, Packungen, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Inhalationen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Hydrotherapie einschließlich medizinischer Bäder), Sprachtherapie (Logopädie) und Beschäftigungstherapie (Ergotherapie). Die Maßnahmen müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder staatlich geprüften Angehörigen von Heil- bzw. Heilhilfsberufen erbracht werden. Soweit keine amtlichen Gebührensätze vereinbart sind oder es an einer entsprechenden Taxe fehlt, gelten die in der Bundesrepublik Deutschland üblichen Sätze.
10. Hilfsmittel sind Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte, Sprechgeräte, Stützapparate, orthopädische Einlagen, Schuhe, Bandagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, gegen Verunstaltung und Verkrüppelung ärztlich verordnete Körperersatzstücke und Krankenfahrstühle.
- 10.1 Im Rahmen der tariflichen Leistungen des Versicherers ist die Aufzählung der Hilfsmittel erweitert (vgl. Verzeichnis: Die Hilfsmittelversorgung des Versicherers im Rahmen des Hilfsmittelmanage-

ments). Vor Bezug der im Verzeichnis genannten Hilfsmittel (Kauf oder Anmietung) ist die ärztliche Verordnung beim Versicherer einzureichen. Nach Überprüfung und Feststellung seiner Leistungspflicht entscheidet der Versicherer unverzüglich, ob die Beschaffung über ihn erfolgt. Wird ein Hilfsmittel ohne Einschalten des Versicherers bezogen, ist der Versicherer berechtigt, seine tariflichen Leistungen auf den Betrag herabzusetzen, der bei einer im Rahmen des Hilfsmittelmanagements durchgeführten Versorgung entstanden wäre. Der Versicherer verzichtet auf die vorherige Einreichung der ärztlichen Verordnung, wenn sich die medizinische Notwendigkeit der Hilfsmittelversorgung im Rahmen einer Notfallbehandlung ergibt, die den unmittelbaren Bezug erforderlich macht.

11. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
12. Als allgemeine Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) gelten tagessgleiche Pflegesätze (Abteilungs- und Basispflegesatz), Fallpauschalen und Sonderentgelte. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten auch gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspflegers. In Krankenhäusern, die nicht nach der BPfIV abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie der Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspflegers.
13. Die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen für gesunde Neugeborene, soweit sie nicht mit dem der Mutter berechneten Pflegesatz abgegolten sind, werden für die Dauer des stationären Aufenthaltes der Wöchnerin erstattet, sofern die Anmeldung des Neugeborenen innerhalb von zwei Monaten seit der Geburt erfolgt und die Versicherung mit dem Tage der Geburt beginnt.
14. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 11, 12 und 13 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- 14.1 Abweichend von Abs. 14 wird sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:
  - a) es sich um eine akute Notfalleinweisung handelt (z. B. Unfall, lebensbedrohlicher Krankheitszustand wie Herzinfarkt) oder
  - b) ausschließlich medizinisch notwendige Krankenhausbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten, oder
  - c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Krankenhausbehandlungen dieser akuten Erkrankung begrenzt.
- 14.2 Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung (AHB) sind erstattungsfähig, wenn sich die Behandlung innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, anschließt. Für eine medizinisch notwendige AHB erteilt der Versicherer eine vorherige schriftliche Zusage, wenn eine der folgenden Erkrankungen (Diagnosen) vorliegt:
  - Organtransplantation (Herz, Leber, Lunge, Niere, Bauchspeicheldrüse),
  - Schwere Herzoperation mit Herz- Lungenmaschine, schwerer Herzinfarkt, Herzklappen- /Bypassoperation, Operation am arteriellen Gefäßsystem,
  - Amputation (z. B. ganze Hand, Arm, ganzer Fuß, Bein),
  - Endoprothese (Hüfte, Knie, Schulter),
  - Umstellungsosteotomie (Hüfte, Knie),
  - Wirbelfrakturen und Wirbelsäulenoperationen,
  - Querschnittslähmung, Schlaganfall, Unfall mit schweren Schädel-/Hirnverletzung/-blutungen,
  - Krebsoperationen sowie Chemo-/Strahlentherapie.Bei Vorliegen der vorgenannten Diagnosen prüft der Versicherer auch für welche Dauer unter Berücksichtigung der Art und Schwere der Erkrankung eine vorherige schriftliche Zusage erteilt wird. Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger (vgl. auch § 5 Abs. 1 d) und Abs. 7, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, wel-

che trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.

15. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
16. Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
17. Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.
18. Soweit der Tarif eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung vorsieht, reduziert sich diese im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns für jeden Kalendermonat, in dem die Versicherung nicht besteht, um ein Zwölftel des tariflichen Satzes. Im Kalenderjahr, in dem die Versicherung endet, mindert sich die Selbstbeteiligung nicht. Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit niedrigerer betragsmäßig festgelegter Selbstbeteiligung gilt für die Erhöhung Satz 1 sinngemäß. Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit höherer betragsmäßig festgelegter Selbstbeteiligung gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel die jeweils tariflich vereinbarte Selbstbeteiligung ungekürzt. Eine für das Kalenderjahr bereits getragene Selbstbeteiligung wird hierauf angerechnet.
19. Sofern der Tarif es vorsieht, kann für eine Entbindung anstelle der Kostenerstattung eine Pauschalleistung gewählt werden. Die Entbindungspauschale wird nicht auf die tarifliche Selbstbeteiligung angerechnet.

## **§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht**

1. Keine Leistungspflicht besteht
  - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
  - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
  - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
  - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
  - e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
  - f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (s. Anhang), Eltern und Kinder; Nachgewiesene

Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;  
g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

2. Für Kosten von kosmetischen Behandlungen und für Pflegepersonal besteht keine Leistungspflicht.
3. Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Erzeugnisse, für sanitäre Bedarfsartikel sowie die Beschaffung und Ausleihung von Heilapparaten fallen nicht unter den Versicherungsschutz; das gleiche gilt für Ersatzbatterien, Ladegeräte u. ä. von Hör- und Sprechgeräten.
4. Keine Leistungspflicht besteht bei Inanspruchnahme gewerblich betriebener privater Diagnostikinststitute und -kliniken.
5. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder wird für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme eine unangemessen hohe Vergütung berechnet, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
6. Soweit es ohne Gefährdung der Gesundheit zulässig ist, muss der Behandelnde in der Sprechstunde aufgesucht werden, andernfalls sind die Mehrkosten nicht erstattungsfähig.
7. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, oder Leistungen eines ausländischen Sozialversicherungsträgers, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
8. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

## **§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen**

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
2. Die Kosten sind durch Urschriften der Rechnungen nachzuweisen. Diese müssen enthalten: Vor- und Zuname der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Angabe der einzelnen Leistungen des Arztes mit Bezeichnung der betreffenden Behandlungsdaten und der Ziffern der Gebührenordnung, Pflegesätze, gegebenenfalls Wahlleistungszuschläge, Daten der Aufenthaltsdauer sowie Aufgliederung der Sachkosten. Der Versicherer kann den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen.
3. Rechnungszweitschriften, die Erstattungsbescheinigungen einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung ausweisen, werden Urschriften gleichgestellt.
4. Für die Auszahlung von Krankenhaustagegeld genügt eine Bescheinigung des Krankenhausarztes mit Angabe des Namens der behandelten Person, Krankheitsbezeichnung sowie Dauer des Aufenthaltes.
5. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).
6. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
7. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

Als Kurs des Tages gilt der Euro-Referenzkurs der Europäischen Zentralbank.

Für Währungen, für die die Europäische Zentralbank keinen Referenzkurs ermittelt, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch einen Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

8. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
9. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Krankenhausausweis (Card) ausgegeben worden, gilt dieses Abtretungsverbot insoweit nicht. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

## **§ 7 Ende des Versicherungsschutzes**

1. Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.
2. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Jahres, in dem der Vertrag beginnt. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses durch Hinzunahme oder den Wechsel einer Tarifstufe sowie die nachträgliche Versicherung weiterer Personen haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr. Der Versicherungsvertrag wird für die beiden ersten Versicherungsjahre fest abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht fristgemäß durch den Versicherungsnehmer gekündigt wird.

## **Pflichten des Versicherungsnehmers**

### **§ 8 Beitragszahlung**

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
2. Bei Jahreszahlung gewährt der Versicherer einen Nachlass (Skonto) von 4 % des Beitrages.
3. Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 ist der Beitrag von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu entrichten.
4. Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
5. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
6. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
7. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
8. Der Versicherer ist berechtigt, die ihm entstandenen Mahnkosten geltend zu machen.
9. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragszeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis

durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

10. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

## **§ 9 Obliegenheiten**

1. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 6) hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
2. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
4. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
5. Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

## **§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen**

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
2. Wird eine der in § 9 Abs. 4 und 5 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
3. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

## **§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte**

1. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
2. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
3. Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
4. Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.



**§ 12**  
**Aufrechnung**

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

## Ende der Versicherung

### § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
3. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
4. Bei einer Beitragsanpassung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person kündigen (vgl. § 18 AVB).
5. Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
6. Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

### § 14 Kündigung durch den Versicherer

1. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
2. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.  
  
Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.  
  
Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

### § 15 Sonstige Beendigungsgründe

1. Die Versicherung endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
2. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
3. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 7 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.
4. Ist der Versicherungsschutz im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages abgeschlossen, endet die Versicherung mit dem Tod der versicherten Person. Darüber hinaus endet die Versicherung mit
  - dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis,
  - dem Wegfall der für den Tarif geltenden Versicherungsfähigkeit,
  - der Kündigung oder Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages.

## Sonstige Bestimmungen

### § 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

### § 17 Gerichtsstand

1. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
3. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist ein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

### § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Beiträge

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat geändert werden. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage hat der Versicherer darüber hinaus das Recht, die Beiträge dieses Tarifs zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat anzupassen. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, so können die Beiträge angepasst werden. Im Rahmen der Beitragsanpassung können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligungen und tarifliche Höchstsätze angepasst sowie ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

## **Verzeichnis: Die Hilfsmittelversorgung des Versicherten im Rahmen des Hilfsmittelmanagement**

<b>Lebenserhaltende und -überwachende Hilfsmittel</b>	Pulsoxymeter, Sauerstoffgeräte (Sauerstoffkonzentratoren, Druck- und Flüssiggassysteme), Baby- Überwachungsmonitore (Herz-/Atem-/Sauerstoffsättigungsüberwachung), Heimdialyse- und Beatmungsgeräte, Enterale Ernährung (Ernährungspumpen, Überleitsysteme, Nahrung).
<b>Hilfsmittel für Kinder</b>	Kindergehwagen, Reha-Karren/-Buggys, Sitzschalen/-systeme, Therapiestühle, behindertengerechte Zurüstungen für Drei-/Fahrräder, Spezial-Autokindersitze, soweit diese mit Mehrkosten gegenüber handelsüblichem Autokindersitz verbunden sind.
<b>Schlafapnoetherapie- und intermittierende Beatmungsgeräte</b>	CPAP-, CPAP-Spezial-, BiLEVEL-Systeme
<b>Messgeräte</b>	Blutdruck-/Blutzucker-/Blutgerinnungs-Messgeräte mit Zubehör.
<b>Infusionshilfen</b>	Spritzen, Pens, Insulinpumpen, Infusionspumpen.
<b>Absauggeräte</b>	Sekret-Absauggeräte, Milchpumpen
<b>Inhalationshilfen</b>	Inhalationshilfen und -geräte
<b>Elektronische Sehhilfen</b>	Bildschirmlesegeräte
<b>Blindenhilfsmittel</b>	Blindenhund, Blindenstöcke, Blindenleitgeräte, Vorlesegeräte.
<b>Hörhilfen</b>	Implantierbare Hörhilfen, Tinnitus-Masker/-Noiser, drahtlose Übertragungsanlagen.
<b>Sitz- und Liegehilfen</b>	Wechseldruckkissen, -matratzen und -systeme zur Dekubitus-Therapie.
<b>Gehhilfen</b>	Hand-/Gehstöcke, Gehstützen, Gehgestelle, Rollatoren, Gehwagen.
<b>Kranken- / Behindertenfahrzeuge einschließlich Zubehör und Zurüstungen bei Rollstuhlpflichtigkeit</b>	Elektrollstühle und Elektromobile, Rollstuhl-Zug-/Schubgeräte, Rollstuhlantriebe, Treppensteighilfen, Treppenraupen, Rampen.
<b>Hilfsmittel zur zeitlich begrenzten Unterstützung einer Behandlung/Therapie (Eigentherapie)</b>	Apparate zur Kompressionstherapie, Bewegungsschienen, Iontophoresegeräte, Nerven- und Muskelstimulationsgeräte (TENS, EMS), Inkontinenz-Therapiegeräte (Beckenbodentraining).
<b>Inkontinenzhilfen</b>	Inkontinenzhilfen (ableitend)
<b>Stomaartikel</b>	Stoma- und Tracheostomaartikel
<b>Pflegehilfsmittel (Sofern kein Leistungsanspruch aus der Pflegepflichtversicherung beim Versicherten gegeben ist)</b>	Pflege-/Multifunktions-Rollstühle, Patientenlifter, Kranken-/Pflegebetten, Badewannenlifter, Badewannenbretter/-sitze/-griffe, Duschhocker/-sitze/ -stühle, Toilettensitzerhöhungen, Toiletten-/Duschrollstühle

## **Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung**

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung  
Postfach 06 02 22  
10052 Berlin  
Internet: [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

## **Hinweis auf die Versicherungsaufsicht**

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)  
Sektor Versicherungsaufsicht  
Graurheindorfer Straße 108  
53117 Bonn  
E-Mail: [poststelle@bafin.de](mailto:poststelle@bafin.de)

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

## **Hinweis auf den Rechtsweg**

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

## Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

### § 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

### § 19 Anzeigepflicht

- .
- .
- .
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- .
- .
- .

### § 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- .
- .
- .

### § 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

### § 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie,

Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

#### **§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen**

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

### **Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung)**

#### **§ 1 Form und Voraussetzungen**

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
  1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
  2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
  3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
  4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

## Konzerngesellschaften mit einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

Gothaer Beratung und Vertriebsservice GmbH	Gothaer Versicherungsbank VVaG *	Gothaer Invest- und Finanzservice GmbH
Gothaer Allgemeine Versicherung AG *	Janitos Versicherung AG	GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH
Gothaer Finanzholding AG * (**)	Gothaer Pensionskasse AG *	GKC Gothaer Kunden-Service-Center GmbH
Gothaer Krankenversicherung AG * (**)	Gothaer Asset Management AG	Gothaer Systems GmbH
Gothaer Lebensversicherung AG *	Gothaer Risk-Management GmbH	Gothaer Vertriebs-Service AG

## Einzelnenennung wesentlicher Dienstleister, die nach Bedarf personenbezogene Daten verarbeiten

Auftraggeber	Auftragnehmer	Hauptgegenstand des Auftrags	Gesundheitsdaten	
<b>Versicherungsgesellschaften (siehe *)</b>	Tropper Data Service AG	Postbearbeitung (Scannen)	ja	
	Gothaer Beratung und Vertriebsservice GmbH	Kundenbetreuung	teilweise ja	
	Gothaer Systems GmbH	Rechenzentrum, IT-Dienstleistungen	ja	
	GKC Gothaer Kunden-Service-Center GmbH [nicht für (**)]	Bestandsverwaltung	ja	
	Roland Assistance GmbH	Telefonischer Kundendienst	teilweise ja	
	Gothaer Finanzholding AG	Zahlungsverkehr (Inkasso), Recht, Beschwerdemanagement, Geldwäschebeauftragter, Datenschutz, IT-Sicherheit, Revision, Steuern	teilweise ja	
	Versicherungsgesellschaften (siehe*)	Betreuungs-, Verkaufsförderungs- und Steuerungsaktivitäten in den Vertriebswegen	teilweise ja	
	Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e. V. GDV-Dienstleistungs-GmbH	Markt- und Kalkulationsstatistiken Elektronische Versicherungsbestätigungen Datenaustausch mit der Zentralen Zulagenstelle für Altersvermögen (ZfA)	nein nein nein	
	Gothaer Digital GmbH	IT Dienstleistungen	teilweise ja	
	<b>Gothaer Allgemeine Versicherung AG</b>	Maltser Hilfsdienst gGmbH	Hilfs- und Pflegeleistungen	ja
GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH		Schadenbearbeitung	teilweise ja	
Gothaer Vertriebs-Service AG		Vertriebsunterstützung und Services	teilweise ja	
Actineo GmbH		Medizinische Regulierungsunterstützung	ja	
VST Gesellschaft für Versicherungsstatistik GmbH		Datenverarbeitung zu statistischen Zwecken	nein	
M&L Communication Marketing GmbH		Druck und Versand von Antragsunterlagen	teilweise ja	
<b>Gothaer Lebensversicherung AG</b>	GBG Consulting für betriebliche Altersversorgung GmbH	Mathematische Gutachten	nein	
	Pensus Pensionsmanagement GmbH	Pensionsmanagement	nein	
	General Reinsurance AG	Antrags-/Leistungsbearbeitung, Bestandsverwaltung	teilweise ja	
	Gothaer Krankenversicherung AG	Juristische Unterstützung in der Leistungsbearbeitung	teilweise ja	
	Swiss Re Europe S.A.	Antrags-/Leistungsbearbeitung, Bestandsverwaltung	teilweise ja	
<b>Gothaer Krankenversicherung AG</b>	COMPASS Private Pflegeberatung GmbH	Pflegeberatung	ja	
	IMB Consult GmbH	Medizinische Dienstleistungen / Begutachtungsinstitut	ja	
	ViaMed GmbH	Medizinische Dienstleistungen / Begutachtungsinstitut	ja	
	HL Casework GmbH	Medizinische Dienstleistungen/ Begutachtungsinstitut	ja	
	4SIGMA GmbH	Betreuung im Bereich Disease- und Versorgungs-Management	teilweise ja	
	M&L Communication Marketing GmbH	Druck und Versand von Antragsunterlagen	teilweise ja	
	Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft Aktiengesellschaft in München	Analyse von Hochkostenschäden	ja	
	Med X Gesellschaft für Medizinische Expertise mbH	Leistungsmanagement für stationäre Fälle	ja	
	MD Medicus Assistance Service GmbH	Assistance-Leistungen im Ausland	ja	
	Medlanes GmbH	ärztlicher Notdienst	ja	
	Vivy GmbH	elektronische Gesundheitsakte	ja	
	RISK-CONSULTING Prof. Dr. Weyer GmbH	Versicherungsmathematische Dienstleistungen	ja	
	LM+ Leistungsmanagement GmbH	Leistungsmanagement	ja	
	TeleClinic GmbH	Telemedizinische Beratung	nein	
	VBMC ValueBasedManagedCare GmbH	Managed Care Services für Versicherte	ja	
	salutaris informática y otros servicios S.L.U.	Softwareanbieter	ja	
	<b>Gothaer Pensionskasse AG</b>	Gothaer Lebensversicherung AG	Bestandsverwaltung/-bearbeitung	ja
		Pensus Pensionsmanagement GmbH	Pensionsmanagement	nein
		GBG Consulting für betriebliche Altersversorgung GmbH	Mathematische Gutachten	nein
	<b>Gothaer Versicherungsbank VVaG</b>	Gothaer Krankenversicherung AG	Juristische Unterstützung in der Bearbeitung	ja
GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH		Schadenbearbeitung	nein	
Gothaer Allgemeine Versicherung AG		Bestandsverwaltung / Schadenbearbeitung	ja	
Gothaer Krankenversicherung AG		Leistungsbearbeitung	ja	

## Kategorien von Dienstleistern, die nach Bedarf personenbezogene Daten verarbeiten

Dienstleisterkategorie	Hauptgegenstand des Auftrags	Gesundheitsdaten
Adressermittler	Adressprüfung	nein
Callcenter	Telefonischer Kundendienst	teilweise ja
Gutachter/Sachverständige	Antrags-/Leistungs-/Schadenbearbeitung	teilweise ja
Rechtsanwälte	juristische Beratung	teilweise ja
Servicekartenhersteller	Kundenkarten	nein
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
Inkassounternehmen	Realisierung von Forderungen	nein
Marketingagenturen/-provider	Marketingaktionen	nein
Lettershop's / Druckereien	Postsendungen/Newsletter	nein
Archivierungsunternehmen	Archivierung von Akten	teilweise ja
Scan-Dienstleister	Bearbeitung von Dokumenten im Einzelfall (Aufbereitung, Scannen, Archivierung)	teilweise ja
Assisteure	Assistanceleistungen	teilweise ja
IT-Dienstleister	Entwicklung, Betrieb und Wartung von Systemen oder Anwendungen	teilweise ja
Entsorgungsunternehmen	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen	teilweise ja
Werkstätten	Reparaturen	nein
Rehadienste	Rehaassistance-Leistungen	ja
Handwerker	Reparaturen und Sanierungen	nein
Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	ja
Sanitätshäuser/Hörgerätespezialisten	Beschaffung von Hilfsmitteln	ja
Zahlungsdienstleister	Finanztransaktionen	nein



Dieses Informationsblatt ist ein **kurzer Überblick** über Ihren Versicherungsschutz. Es ist daher **nicht vollständig**. Die **vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen)**.

## Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine stationäre Ergänzungsversicherung  
Tarif MediClinic Plus



### Was ist versichert?

#### Tarif MediClinic Plus:

- ✓ Unterkunft Einbettzimmer: nur bei Unfällen: 100 %
- ✓ Unterkunft Zweibettzimmer: 100 % oder Ersatzkrankenhaustagegeld
- ✓ Krankenhausbehandlung: 100 % nach Vorleistung des Hauptversicherers
- ✓ Privatärztliche Behandlung (Chefarzt): 100 %; in Einzelfällen gegen Vorlage einer Honorarvereinbarung auch über den 3,5-fachen Satz der Gebührenordnung hinaus oder Ersatzkrankenhaustagegeld
- ✓ Zuzahlung: 100 % des gesetzlichen Eigenanteils bei stationärer Behandlung oder Krankenhaustagegeld
- ✓ Ambulante Operation: 100 % nach Vorleistung des Hauptversicherers; auch über den 3,5-fachen Satz hinaus



### Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheiten und Unfälle, die vorsätzlich verursacht wurden sind nicht versichert.



### Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es können Wartezeiten gelten, nach deren Ablauf Sie erst Leistungen erhalten.
  - ! Eine Gesundheitsprüfung kann zu individuellen Leistungsausschlüssen führen, auf die wir Sie gesondert hinweisen.
  - ! Die Höhe der Versicherungsleistung kann abhängig von Selbstbeteiligungen und Höchstsätzen sein.
- Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.



### Wo bin ich versichert?

- ✓ Sofern der Tarif keine anderslautenden Regelungen vorsieht, bieten wir Ihnen Versicherungsschutz in Europa. Während der ersten sechs Monate eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes auch im außereuropäischen Ausland.
- Alle Informationen zum Thema Geltungsbereich finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



### Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird ggf. eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Bitte teilen Sie uns das Bestehen einer weiteren Krankenversicherung, auch einer gesetzlichen Krankenversicherung, unverzüglich mit.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalles sind Sie verpflichtet, uns alle Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Leistungsfalles oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs notwendig sind.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



### Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, der aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden kann. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Sie können uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen (SEPA-Lastschriftmandat).



### Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von eventuell vereinbarten Wartezeiten. Sofern nicht etwas anderes vereinbart ist, wird der Vertrag auf unbestimmte Zeit geschlossen. Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.



### Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Der Vertrag endet durch Kündigung und in weiteren vertraglich vereinbarten Fällen. Eine Kündigung ist zum Ende eines Versicherungsjahres, frühestens zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten möglich. Einzelheiten zu den Kündigungsmöglichkeiten und den einzuhaltenden Fristen entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.

## Krankheitskosten-Tarif MediClinic Plus Ergänzungsversicherung für stationäre Heilbehandlung

(Stand: 01.04.2017)

**Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)**  
(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

### A. Tarifleistungen

#### Leistungen des Versicherers

#### 1. Stationäre Heilbehandlung/ Psychotherapie

Erstattungsfähig sind  
**100%** der nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers verbleibenden Aufwendungen (vgl. Abschnitt C.1) für

- Unterkunft, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistung,
- 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 Zweibettzimmer,
- gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

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

Besteht neben Tarif MediClinic Plus eine Krankheitskostenvollversicherung, zahlt der Versicherer bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld in Höhe und Dauer des gesetzlichen Eigenanteils (Zuzahlung) gemäß § 61 SGB V i.V.m. § 39 SGB V (vgl. C.2).

#### 2. Unfall/Einbettzimmer

Erstattungsfähig sind  
**100%** der Aufwendungen für

- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer,
- gesondert berechnete ärztliche Leistungen

sofern die stationäre Heilbehandlung aufgrund eines Unfalles erforderlich wird.

Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Anspruch auf Leistungen besteht nur für stationäre Aufenthalte, die nachweislich in ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen stehen.

#### 3. Vor- und nachstationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind  
**100%** der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (vgl. Abschnitt C.1).

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.

**4. 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.

**5. 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.

**6. 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.

**7. Rooming-In**

Erstattungsfähig sind  
**100%** der Aufwendungen, wenn neben dem nach Tarif MediClinic Plus versicherten Kind während einer stationären Heilbehandlung eine erwachsene Begleitperson stationär aufgenommen wird. Erstattet werden die zusätzlichen Unterkunfts- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu vier Wochen je Kalenderjahr. Die stationäre Behandlung des versicherten Kindes muss vor Vollendung des 10. Lebensjahres begonnen haben.

## **B. 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 EUR** für nicht gesondert berechnete ärztliche Leistungen und
- **20 EUR** für nicht gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer.

Für Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr wird jeweils die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes gezahlt.

## **C. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht**

**Erläuterungen**

1. Die Krankenhausbehandlung umfasst Leistungen für vollstationäre und teilstationäre Heilbehandlungen einschließlich stationärer Entbindungen.

Von einer teilstationären Behandlung geht der Versicherer aus, wenn der Krankenhausaufenthalt

nicht über einen vollen Tages- und Nachtablauf stattfindet.

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.

Abweichend von § 4 Abs. 4.1 AVB sind die gesondert berechneten Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspflegers nicht erstattungsfähig.

Bei gesondert berechneter Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer werden auch die Bereitstellungsgebühren für TV/Radio, Telefon sowie Internet erstattet.

2. Die Höhe des Krankenhaustagegeldes entspricht dem Zuzahlungsbetrag, der jeweils für die Dauer einer vollstationären Behandlung von einem Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzubringen ist, § 61, § 39 Abs. 4 SGB V (s. Anhang). Die Berechnung erfolgt auf Grundlage des Gesetzes in der zum 01. Januar 2017 geltenden Fassung (10 EUR/Tag für die Dauer von max. 28 Tagen pro Kalenderjahr).

Der Versicherer ist berechtigt, die Höhe des Krankenhaustagegeldes anzupassen, wenn sich aufgrund gesetzlicher Änderungen ein anderer Zuzahlungsbetrag für einen vollstationären Aufenthalt ergibt.

Für eine vor-, nach- und teilstationäre Krankenhausbehandlung sowie bei Entbindung besteht keine gesetzliche Zuzahlungspflicht. Ein Krankenhaustagegeld wird in diesen Fällen nicht erbracht.

3. Abweichend von § 4 Abs. 2.1 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.

4. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen  
Abweichend von § 5 Abs. 1. d) AVB besteht Versicherungsschutz für eine medizinisch notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahme im tariflichen Rahmen, sofern die Heilbehandlungsmaßnahme vollständig durch einen privaten Krankenversicherer erbracht wird.

Es wird empfohlen, eine schriftliche Zusage beim Versicherer zur Kostenübernahme vor Beginn der stationären Rehabilitationsmaßnahme einzuholen.

5. Stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB)  
Im Rahmen der in § 4 Abs. 5.2 AVB genannten Erkrankungen (Diagnosen) werden bei einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung die versicherten Wahlleistungen zur Verfügung gestellt, sofern Kostenträger dieser Maßnahme eine private Krankenversicherung ist. Wird eine stationäre Leistung durch die GKV gemäß § 40 SGB V (medizinischen Rehabilitation) erbracht, besteht für die genannten Erkrankungen (Diagnosen) ein Leistungsanspruch im tariflichen Rahmen.

Es wird empfohlen, eine schriftliche Zusage beim Versicherer zur Kostenübernahme vor Beginn der stationären Anschlussheilbehandlung einzuholen.

6. Gemischte Krankenanstalten  
Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von § 4 Abs. 4 AVB erfüllen, besteht Versicherungsschutz im tariflichen Rahmen, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat (vgl. § 4 Abs. 5 AVB).

Der Versicherer wird sich nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen, wenn:

- a) es sich um eine akute Notfalleinweisung handelt (z. B. Unfall, lebensbedrohlicher Krankheitszustand wie Herzinfarkt) oder

- b) ausschließlich medizinisch notwendige Krankenhausbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder
  - c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Krankenhausbehandlungen dieser akuten Erkrankung begrenzt (vgl. § 4 Abs. 5.1 AVB).
7. Abweichend von § 3 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der Wartezeiten.
  8. 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.

## **D. Beiträge**

### **Beitragsberechnung**

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

## Anhang Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung SGB V

Es gilt jeweils die zum Zeitpunkt der Leistungsinanspruchnahme gültige Fassung des Gesetzes.

### § 13 Kostenerstattung

- (1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.
- (2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.
- (3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 15 des Neunten Buches erstattet.
- (4) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis in anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.
- (5) Abweichend von Absatz 4 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.
- (6) § 18 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend.

**§ 39****Krankenhausbehandlung**

...

- (4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

**§ 53****Wahltarife (Selbstbehalt,  
Beitragsrückzahlung)**

- (1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

**§ 61****Zuzahlungen**

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

# Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

# Gothaer

Unternehmen: Gothaer Krankenversicherung AG  
Registriert in der Bundesrepublik Deutschland

Produkt: Tarif MediClinic Premium

Dieses Informationsblatt ist ein **kurzer Überblick** über Ihren Versicherungsschutz. Es ist daher **nicht vollständig**. Die **vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen)**.

## Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine stationäre Ergänzungsversicherung  
Tarif MediClinic Premium



### Was ist versichert?

#### Tarif MediClinic Premium:

- ✓ Unterkunft Einbettzimmer: 100 % oder Ersatzkrankenhaustagegeld
- ✓ Unterkunft Zweibettzimmer: 100 % oder Ersatzkrankenhaustagegeld
- ✓ Krankenhausbehandlung: 100 % nach Vorleistung des Hauptversicherers
- ✓ Privatärztliche Behandlung (Chefarzt): 100 %; in Einzelfällen gegen Vorlage einer Honorarvereinbarung auch über den 3,5-fachen Satz der Gebührenordnung hinaus oder Ersatzkrankenhaustagegeld
- ✓ Zuzahlung: 100 % des gesetzlichen Eigenanteils bei stationärer Behandlung oder Krankenhaustagegeld
- ✓ Ambulante Operation: 100 % nach Vorleistung des Hauptversicherers; auch über den 3,5-fachen Satz hinaus



### Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheiten und Unfälle, die vorsätzlich verursacht wurden sind nicht versichert.



### Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es können Wartezeiten gelten, nach deren Ablauf Sie erst Leistungen erhalten.
  - ! Eine Gesundheitsprüfung kann zu individuellen Leistungsausschlüssen führen, auf die wir Sie gesondert hinweisen.
  - ! Die Höhe der Versicherungsleistung kann abhängig von Selbstbeteiligungen und Höchstätzen sein.
- Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.



### Wo bin ich versichert?

- ✓ Sofern der Tarif keine anderslautenden Regelungen vorsieht, bieten wir Ihnen Versicherungsschutz in Europa. Während der ersten sechs Monate eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes auch im außereuropäischen Ausland.

Alle Informationen zum Thema Geltungsbereich finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



### Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird ggf. eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Bitte teilen Sie uns das Bestehen einer weiteren Krankenversicherung, auch einer gesetzlichen Krankenversicherung, unverzüglich mit.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalles sind Sie verpflichtet, uns alle Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Leistungsfalles oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs notwendig sind.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



### Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, der aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden kann. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Sie können uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen (SEPA-Lastschriftmandat).



### Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von eventuell vereinbarten Wartezeiten. Sofern nicht etwas anderes vereinbart ist, wird der Vertrag auf unbestimmte Zeit geschlossen. Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.



### Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Der Vertrag endet durch Kündigung und in weiteren vertraglich vereinbarten Fällen. Eine Kündigung ist zum Ende eines Versicherungsjahres, frühestens zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten möglich. Einzelheiten zu den Kündigungsmöglichkeiten und den einzuhaltenden Fristen entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.



## Krankheitskosten-Tarif MediClinic Premium Ergänzungsversicherung für stationäre Heilbehandlung

(Stand: 01.04.2017)

**Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)**  
(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

### A. Tarifleistungen

#### Leistungen des Versicherers

#### 1. Stationäre Heilbehandlung/ Psychotherapie

Erstattungsfähig sind  
**100%** der nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers verbleibenden Aufwendungen (vgl. Abschnitt C.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.

Besteht neben Tarif MediClinic Premium eine Krankheitskostenvollversicherung, zahlt der Versicherer bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld in Höhe und Dauer des gesetzlichen Eigenanteils (Zuzahlung) gemäß § 61 SGB V i.V.m. § 39 SGB V (vgl. C.2).

#### 2. Vor- und nachstationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind  
**100%** der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (vgl. Abschnitt C.1).

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 Krankenversi-

cherung 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.

**6. Rooming-In**

Erstattungsfähig sind  
**100%** der Aufwendungen, wenn neben dem nach Tarif MediClinic Premium versicherten Kind während einer stationären Heilbehandlung eine erwachsene Begleitperson stationär aufgenommen wird. Erstattet werden die zusätzlichen Unterkunfts- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu vier Wochen je Kalenderjahr. Die stationäre Behandlung des versicherten Kindes muss vor Vollendung des 10. Lebensjahres begonnen haben.

## **B. 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 EUR** für nicht gesondert berechnete ärztliche Leistungen und
- **20 EUR** für nicht gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung.

Für Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr wird jeweils die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes gezahlt.

## **C. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht**

**Erläuterungen**

1. Die Krankenhausbehandlung umfasst Leistungen für vollstationäre und teilstationäre Heilbehandlungen einschließlich stationärer Entbindungen.

Von einer teilstationären Behandlung geht der Versicherer aus, wenn der Krankenhausaufenthalt nicht über einen vollen Tages- und Nachtlauf stattfindet.

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.

Abweichend von § 4 Abs. 4.1 AVB sind die gesondert berechneten Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspflegers nicht erstattungsfähig.

Bei gesondert berechneter Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer werden auch die Bereitstellungsgebühren für TV/Radio, Telefon sowie Internet erstattet.

2. Die Höhe des Krankenhaustagegeldes entspricht dem Zuzahlungsbetrag, der jeweils für die Dauer einer vollstationären Behandlung von einem Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufzubringen ist, § 61, § 39 Abs. 4 SGB V (s. Anhang). Die Berechnung erfolgt auf Grundlage des Gesetzes in der zum 01. Januar 2017 geltenden Fassung (10 EUR/Tag für die Dauer von max. 28 Tagen pro Kalenderjahr).

Der Versicherer ist berechtigt, die Höhe des Krankenhaustagegeldes anzupassen, wenn sich aufgrund gesetzlicher Änderungen ein anderer Zuzahlungsbetrag für einen vollstationären Aufenthalt ergibt.

Für eine vor-, nach- und teilstationäre Krankenhausbehandlung sowie bei Entbindung besteht keine gesetzliche Zuzahlungspflicht. Ein Krankenhaustagegeld wird in diesen Fällen nicht erbracht.

3. Abweichend von § 4 Abs. 2.1 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.

4. Stationäre Rehabilitationsmaßnahmen  
Abweichend von § 5 Abs. 1. d) AVB besteht Versicherungsschutz für eine medizinisch notwendige stationäre Rehabilitationsmaßnahme im tariflichen Rahmen, sofern die Heilbehandlungsmaßnahme vollständig durch einen privaten Krankenversicherer erbracht wird.

Es wird empfohlen, eine schriftliche Zusage beim Versicherer zur Kostenübernahme vor Beginn der stationären Rehabilitationsmaßnahme einzuholen.

5. Stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB)  
Im Rahmen der in § 4 Abs. 5.2 AVB genannten Erkrankungen (Diagnosen) werden bei einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung die versicherten Wahlleistungen zur Verfügung gestellt, sofern Kostenträger dieser Maßnahme eine private Krankenversicherung ist. Wird eine stationäre Leistung durch die GKV gemäß § 40 SGB V (medizinischen Rehabilitation) erbracht, besteht für die genannten Erkrankungen (Diagnosen) ein Leistungsanspruch im tariflichen Rahmen.

Es wird empfohlen, eine schriftliche Zusage beim Versicherer zur Kostenübernahme vor Beginn der stationären Anschlussheilbehandlung einzuholen.

6. Gemischte Krankenanstalten  
Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von § 4 Abs. 4 AVB erfüllen, besteht Versicherungsschutz im tariflichen Rahmen, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat (vgl. § 4 Abs. 5 AVB).

Der Versicherer wird sich nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen, wenn:

- a) es sich um eine akute Notfalleinweisung handelt (z. B. Unfall, lebensbedrohlicher Krankheitszustand wie Herzinfarkt) oder
- b) ausschließlich medizinisch notwendige Krankenhausbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder
- c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Krankenhausbehandlungen dieser akuten Erkrankung begrenzt (vgl. § 4 Abs. 5.1 AVB).

7. Abweichend von § 3 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der Wartezeiten.

8. 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.

## **D. Beiträge**

### **Beitragsberechnung**

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

## Anhang Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung SGB V

Es gilt jeweils die zum Zeitpunkt der Leistungsinanspruchnahme gültige Fassung des Gesetzes.

### § 13 Kostenerstattung

- (1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.
- (2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.
- (3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 15 des Neunten Buches erstattet.
- (4) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis in anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.
- (5) Abweichend von Absatz 4 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.
- (6) § 18 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend.

**§ 39****Krankenhausbehandlung**

...

- (4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

**§ 53****Wahltarife (Selbstbehalt,  
Beitragsrückzahlung)**

- (1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

**§ 61****Zuzahlungen**

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

# Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

# Gothaer

Unternehmen: Gothaer Krankenversicherung AG  
Registriert in der Bundesrepublik Deutschland

Produkt: Tarif MediClinic S Plus

Dieses Informationsblatt ist ein **kurzer Überblick** über Ihren Versicherungsschutz. Es ist daher **nicht vollständig**. Die **vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen)**.

## Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine stationäre Ergänzungsversicherung  
Tarif MediClinic S Plus



### Was ist versichert?

#### Tarif MediClinic S Plus:

- ✓ Unterkunft Einbettzimmer: nur bei Unfällen: 100 %
- ✓ Unterkunft Zweibettzimmer: 100 % oder Ersatzkrankenhaustagegeld
- ✓ Krankenhausbehandlung: 100 % nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung
- ✓ Privatärztliche Behandlung (Chefarzt): 100 % inkl. Belegarzt; in Einzelfällen gegen Vorlage einer Honorarvereinbarung auch über den 3,5-fachen Satz der Gebührenordnung hinaus oder Ersatzkrankenhaustagegeld
- ✓ Zuzahlung: 100 % des gesetzlichen Eigenanteils bei stationärer Behandlung
- ✓ Ambulante Operation: 100 % nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung; auch über den 3,5-fachen Satz hinaus
- ✓ Optionsrecht: Optionsrecht auf stationäre Ergänzungsversicherung mit Alterungsrückstellung unter bestimmten Voraussetzungen



### Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheiten und Unfälle, die vorsätzlich verursacht wurden sind nicht versichert.



### Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es können Wartezeiten gelten, nach deren Ablauf Sie erst Leistungen erhalten.
- ! Eine Gesundheitsprüfung kann zu individuellen Leistungsausschlüssen führen, auf die wir Sie gesondert hinweisen.
- ! Die Höhe der Versicherungsleistung kann abhängig von Selbstbeteiligungen und Höchstätzen sein. Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.



### Wo bin ich versichert?

- ✓ Sofern der Tarif keine anderslautenden Regelungen vorsieht, bieten wir Ihnen Versicherungsschutz in Europa. Während der ersten sechs Monate eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes auch im außereuropäischen Ausland.

Alle Informationen zum Thema Geltungsbereich finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



### Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird ggf. eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Bitte teilen Sie uns das Bestehen einer weiteren Krankenversicherung, auch einer gesetzlichen Krankenversicherung, unverzüglich mit.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalles sind Sie verpflichtet, uns alle Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Leistungsfalles oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs notwendig sind.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



### Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, der aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden kann. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Sie können uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen (SEPA-Lastschriftmandat).



### Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von eventuell vereinbarten Wartezeiten. Sofern nicht etwas anderes vereinbart ist, wird der Vertrag auf unbestimmte Zeit geschlossen. Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.



### Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Der Vertrag endet durch Kündigung und in weiteren vertraglich vereinbarten Fällen. Eine Kündigung ist zum Ende eines Versicherungsjahres, frühestens zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten möglich. Einzelheiten zu den Kündigungsmöglichkeiten und den einzuhaltenden Fristen entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.

## Krankheitskosten-Tarif MediClinic S Plus Ergänzungsversicherung für stationäre Heilbehandlung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(Stand: 01.09.2019)

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

#### Der Versicherungsschutz

##### A. Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsfähigkeit
2. Befristung

##### B. Tarifleistungen/Leistungen des Versicherers

1. Stationäre Heilbehandlung/Psychotherapie
2. Unfall/Einbettzimmer
3. Vor- und nachstationäre Behandlung
4. Ambulante Operationen
5. Vor- und Abschlussuntersuchung bei ambulanter Operation
6. Krankentransport
7. Rooming-In

##### C. Ersatzleistung/Krankenhaustagegeld

##### D. Optionsrecht/Umstellung der Versicherung

1. Optionsrecht
2. Umstellungsvereinbarung

##### E. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

##### F. Ende der Versicherung/Obliegenheit

1. Ablauf des Versicherungsschutzes/Befristung
2. Ausscheiden aus der GKV

##### G. Beiträge

#### Anhang

#### Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung SGB V

### A. Allgemeine Bestimmungen

1. **Versicherungsfähigkeit** Tarif MediClinic S Plus kann nur von Personen abgeschlossen werden, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind (vgl. Abschnitt F.2).

2. **Befristung** Die Versicherung nach Tarif MediClinic S Plus ist befristet (vgl. Abschnitt F.1).

### B. Tarifleistungen

#### Leistungen des Versicherers

1. **Stationäre Heilbehandlung/  
Psychotherapie** Erstattungsfähig sind **100%** der nach Vorleistung eines gesetzlichen Versicherungsträgers verbleibenden Aufwendungen (vgl. Abschnitt E.2) für
  - Unterkunft, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistung,
  - gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer,
  - gesondert berechnete ärztliche Leistungen,
  - gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspfleger, sofern die Kosten nach der amtlichen Gebührenordnung berechnet sind.

\* Für Tarife, die in Verbindung mit den AB/KK 2009 gelten, werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.



Werden keine Vorleistungen eines gesetzlichen Versicherungsträgers nachgewiesen, erstattet der Versicherer

**100%** der Aufwendungen für

- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer,
- gesondert berechnete ärztliche Leistungen,
- gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspflegers, sofern die Kosten nach der amtlichen Gebührenordnung berechnet sind.

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

## **2. Unfall/Einbettzimmer**

Erstattungsfähig sind

**100%** der Aufwendungen für

- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer,
- gesondert berechnete ärztliche Leistungen,
- gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspflegers, sofern die Kosten nach der amtlichen Gebührenordnung berechnet sind,

wenn die stationäre Heilbehandlung aufgrund eines Unfalles erforderlich wird.

Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Anspruch auf Leistungen besteht nur für stationäre Aufenthalte, die nachweislich in ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen stehen.

## **3. Vor- und nachstationäre Behandlung**

Erstattungsfähig sind

**100%** der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (vgl. Abschnitt E.2).

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.

## **4. Ambulante Operationen**

Erstattungsfähig sind

**100%** der Kosten für ambulante Operationen und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen, soweit sie die Leistungen der GKV 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.

**5. 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.

**6. Krankentransport** Erstattungsfähig sind  
**100%** der nach Vorleistung eines gesetzlichen Versicherungsträgers verbleibenden Aufwendungen einschließlich der gesetzlichen Zuzahlungen für den

- Transport im Krankenwagen,
- Transport im Notfallrettungsdienst, auch mit dem Hubschrauber,

zur stationären Behandlung.

**7. Rooming-In** Erstattungsfähig sind  
**100%** der Aufwendungen, wenn neben dem nach Tarif MediClinic S Plus versicherten Kind während einer stationären Heilbehandlung eine erwachsene Begleitperson stationär aufgenommen wird. Erstattet werden die zusätzlichen Unterkunfts- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson. Die stationäre Behandlung des versicherten Kindes muss vor Vollendung des 12. Lebensjahres begonnen haben.

## 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.

- **50 Euro** je Kalendertag für nicht gesondert berechnete ärztliche Leistungen und
- **50 Euro** je Kalendertag für nicht gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer.

Für Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr wird jeweils die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes gezahlt.

Bei teilstationärer Behandlung mit einem Krankenhausaufenthalt von weniger als 24 Stunden je Kalendertag wird die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes gezahlt.

## D. Optionsrecht/Umstellung der Versicherung

**1. Optionsrecht** Das Optionsrecht umfasst die Umstellung in einen vom Versicherer benannten stationären Ergänzungstarif, der die Bildung einer Alterungsrückstellung vorsieht. Auf Antrag des Versicherungsnehmers ist eine Umstellung bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres jederzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten möglich.

Der Wechsel erfolgt zum 1. des auf die Antragstellung folgenden Monats.

Mit dem Optionsrecht ist keine Erhöhung des Versicherungsschutzes verbunden.

Mit Vollendung des 45. Lebensjahres erlischt das Optionsrecht.

## 2. Umstellungsvereinbarung

Hat die versicherte Person vom Optionsrecht bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres keinen Gebrauch gemacht, gilt nach der Umstellungsvereinbarung:

Zum 1. des Monats nach Vollendung des 45. Lebensjahres der versicherten Person erfolgt eine Umstellung durch den Versicherer in einen

- stationären Ergänzungstarif mit Alterungsrückstellung,
- ohne erneute Gesundheitsprüfung und
- ohne Wartezeiten.

Die versicherte Person kann den Umstellungstarif beim Versicherer jederzeit erfragen.

Der Versicherungsnehmer kann der planmäßigen Umstellung innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Umstellungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Umstellung in Textform widersprechen.

Widerspricht der Versicherungsnehmer der Umstellung, wird der Versicherungsschutz nach Tarif MediClinic S Plus fortgeführt. Die Kündigungsrechte sind bis zur Beendigung des Tarifs MediClinic S Plus hiervon unberührt.

## E. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

### Erläuterungen

1. Eine stationäre Heilbehandlung gilt abweichend von § 1 Abs. 3 AVB als medizinisch notwendig, wenn die GKV die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen dieses stationären Aufenthaltes übernimmt.

Als Nachweis reicht die Vorlage einer schriftlichen Kostenübernahmeerklärung der GKV aus.

2. Die Krankenhausbehandlung umfasst Leistungen für vollstationäre und teilstationäre Heilbehandlungen einschließlich stationärer Entbindungen.

Von einer teilstationären Behandlung geht der Versicherer aus, wenn der Krankenhausaufenthalt nicht über einen vollen Tages- und Nachtlauf stattfindet.

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 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.

3. 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.

4. Keine Leistungspflicht besteht für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger (vgl. § 5 Abs. 1d) AVB).

5. Stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB)

Im Rahmen der in § 4 Abs. 14.2 AVB genannten Erkrankungen (Diagnosen) werden bei einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung die versicherten Wahlleistungen zur Verfügung gestellt, wenn eine stationäre Leistung durch die GKV gemäß § 40 SGB V (medizinische Rehabilitation) erbracht wird.

Es wird empfohlen, eine schriftliche Zusage beim Versicherer zur Kostenübernahme vor Beginn der stationären Anschlussheilbehandlung einzuholen.

6. Gemischte Krankenanstalten

Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von § 4 Abs. 11 AVB erfüllen, besteht Versicherungsschutz im tariflichen Rahmen, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat (vgl. § 4 Abs. 14 AVB).

Der Versicherer wird sich nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen, wenn:

- a) es sich um eine akute Notfalleinweisung handelt (z. B. Unfall, lebensbedrohlicher Krankheitszustand wie Herzinfarkt) oder
- b) ausschließlich medizinisch notwendige Krankenhausbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten, oder
- c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Krankenhausbehandlungen dieser akuten Erkrankung begrenzt (vgl. § 4 Abs. 14.1 AVB).

7. Abweichend von § 3 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der Wartezeiten.

8. Bei Beendigung des Tarifs MediClinic S Plus zum Zeitpunkt der Befristung (60. Lebensalter, vgl. Abschnitt F.1) erbringt der Versicherer ab diesem Zeitpunkt tarifliche Leistungen für eine laufende Krankenhausbehandlung, längstens jedoch für vier Wochen.

9. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt der GKV angerechnete Leistungen werden berücksichtigt.

## F. Ende der Versicherung/Obliegenheit

**1. Ablauf des Versicherungsschutzes/Befristung**

Der Versicherungsschutz nach Tarif MediClinic S Plus endet zum Schluss des Monats, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet. Einer Kündigungserklärung des Versicherungsnehmers bedarf es nicht.

**2. Ausscheiden aus der GKV**

Der Versicherungsschutz nach Tarif MediClinic S Plus endet mit Ausscheiden aus der deutschen GKV (vgl. Abschnitt A.1) zum Schluss des laufenden Monats.

Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer über das Ausscheiden aus der GKV unverzüglich zu unterrichten.

## G. Beiträge

**Beitragsberechnung**

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Von dem auf die Vollendung des 16., 21., 26., 31., 45. 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.

## Anhang

### Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung SGB V

#### § 13

#### Kostenerstattung

- (1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.
- (2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.
- (3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 18 des Neunten Buches erstattet.
- (3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren gemäß § 87 Absatz 1c durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14 bis 24 des Neunten Buches zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen.
- (4) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstat-

tungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

(5) Abweichend von Absatz 4 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

(6) § 18 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend.

### **§ 39 Krankenhausbehandlung**

(4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

### **§ 53 Wahltarife**

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

### **§ 61 Zuzahlungen**

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

# Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

# Gothaer

Unternehmen: Gothaer Krankenversicherung AG  
Registriert in der Bundesrepublik Deutschland

Produkt: Tarif MediClinic S Premium

Dieses Informationsblatt ist ein **kurzer Überblick** über Ihren Versicherungsschutz. Es ist daher **nicht vollständig**. Die **vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen)**.

## Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine stationäre Ergänzungsversicherung  
Tarif MediClinic S Premium



### Was ist versichert?

#### Tarif MediClinic S Premium:

- ✓ Unterkunft Einbettzimmer: 100 % oder Ersatzkrankenhaustagegeld, wenn weder ein Ein- noch ein Zweibettzimmer in Anspruch genommen wird
- ✓ Unterkunft Zweibettzimmer: 100 % oder Ersatzkrankenhaustagegeld, wenn weder ein Ein- noch ein Zweibettzimmer in Anspruch genommen wird
- ✓ Krankenhausbehandlung: 100 % nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung
- ✓ Privatärztliche Behandlung (Chefarzt): 100 % inkl. Belegarzt; in Einzelfällen gegen Vorlage einer Honorarvereinbarung auch über den 3,5-fachen Satz der Gebührenordnung hinaus oder Ersatzkrankenhaustagegeld
- ✓ Zuzahlung: 100 % des gesetzlichen Eigenanteils bei stationärer Behandlung
- ✓ Ambulante Operation: 100 % nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung; auch über den 3,5-fachen Satz hinaus
- ✓ Optionsrecht: Optionsrecht auf stationäre Ergänzungsversicherung mit Alterungsrückstellung unter bestimmten Voraussetzungen



### Was ist nicht versichert?

- ✗ Krankheiten und Unfälle, die vorsätzlich verursacht wurden sind nicht versichert.



### Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Es können Wartezeiten gelten, nach deren Ablauf Sie erst Leistungen erhalten.
  - ! Eine Gesundheitsprüfung kann zu individuellen Leistungsausschlüssen führen, auf die wir Sie gesondert hinweisen.
  - ! Die Höhe der Versicherungsleistung kann abhängig von Selbstbeteiligungen und Höchstsätzen sein.
- Einzelheiten hierzu entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.



### Wo bin ich versichert?

- ✓ Sofern der Tarif keine anderslautenden Regelungen vorsieht, bieten wir Ihnen Versicherungsschutz in Europa. Während der ersten sechs Monate eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes auch im außereuropäischen Ausland.
- Alle Informationen zum Thema Geltungsbereich finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



### Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird ggf. eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Bitte teilen Sie uns das Bestehen einer weiteren Krankenversicherung, auch einer gesetzlichen Krankenversicherung, unverzüglich mit.
- Bei Eintritt des Versicherungsfalles sind Sie verpflichtet, uns alle Auskünfte zu erteilen, die zur Feststellung des Leistungsfalles oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs notwendig sind.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



### Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, der aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden kann. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, spätestens zwei Wochen nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Sie können uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto einzuziehen (SEPA-Lastschriftmandat).



### Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von eventuell vereinbarten Wartezeiten. Sofern nicht etwas anderes vereinbart ist, wird der Vertrag auf unbestimmte Zeit geschlossen. Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.



### **Wie kann ich den Vertrag kündigen?**

Der Vertrag endet durch Kündigung und in weiteren vertraglich vereinbarten Fällen. Eine Kündigung ist zum Ende eines Versicherungsjahres, frühestens zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten möglich. Einzelheiten zu den Kündigungsmöglichkeiten und den einzuhaltenden Fristen entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.



## Krankheitskosten-Tarif MediClinic S Premium Ergänzungsversicherung für stationäre Heilbehandlung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(Stand: 01.09.2019)

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

#### Der Versicherungsschutz

##### A. Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsfähigkeit
2. Befristung

##### B. Tarifleistungen/Leistungen des Versicherers

1. Stationäre Heilbehandlung/Psychotherapie
2. Vor- und nachstationäre Behandlung
3. Ambulante Operationen
4. Vor- und Abschlussuntersuchung bei ambulanter Operation
5. Krankentransport
6. Rooming-In

##### C. Ersatzleistung/Krankenhaustagegeld

##### D. Optionsrecht/Umstellung der Versicherung

1. Optionsrecht
2. Umstellungsvereinbarung

##### E. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

##### F. Ende der Versicherung/Obliegenheit

1. Ablauf des Versicherungsschutzes/Befristung
2. Ausscheiden aus der GKV

##### G. Beiträge

#### Anhang

#### Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung SGB V

#### A. Allgemeine Bestimmungen

1. **Versicherungsfähigkeit** Tarif MediClinic S Premium kann nur von Personen abgeschlossen werden, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind (vgl. Abschnitt F.2).
2. **Befristung** Die Versicherung nach Tarif MediClinic S Premium ist befristet (vgl. Abschnitt F.1).

#### B. Tarifleistungen

##### Leistungen des Versicherers

1. **Stationäre Heilbehandlung/  
Psychotherapie** Erstattungsfähig sind
  - 100% der nach Vorleistung eines gesetzlichen Versicherungsträgers verbleibenden Aufwendungen (vgl. Abschnitt E.2) 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,

\* Für Tarife, die in Verbindung mit den AB/KK 2009 gelten, werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

- gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspflegers, sofern die Kosten nach der amtlichen Gebührenordnung berechnet sind.

Werden keine Vorleistungen eines 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,
- gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspflegers, sofern die Kosten nach der amtlichen Gebührenordnung berechnet sind.

**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 (vgl. Abschnitt E.2).

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 GKV 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 gesetzlichen Versicherungsträgers verbleibenden Aufwendungen einschließlich der gesetzlichen Zuzahlungen für den

- Transport im Krankenwagen,
  - Transport im Notfallrettungsdienst, auch mit dem Hubschrauber,
- zur stationären Behandlung.

## 6. Rooming-In

Erstattungsfähig sind

**100%** der Aufwendungen, wenn neben dem nach Tarif MediClinic S Premium versicherten Kind während einer stationären Heilbehandlung eine erwachsene Begleitperson stationär aufgenommen wird. Erstattet werden die zusätzlichen Unterkunfts- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson. Die stationäre Behandlung des versicherten Kindes muss vor Vollendung des 12. Lebensjahres begonnen haben.

## 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.

- **50 Euro** je Kalendertag für nicht gesondert berechnete ärztliche Leistungen und
- **50 Euro** je Kalendertag für nicht gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung.

Für Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr wird jeweils die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes gezahlt.

Bei teilstationärer Behandlung mit einem Krankenhausaufenthalt von weniger als 24 Stunden je Kalendertag wird die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes gezahlt.

## D. Optionsrecht/Umstellung der Versicherung

### 1. Optionsrecht

Das Optionsrecht umfasst die Umstellung in einen vom Versicherer benannten stationären Ergänzungstarif, der die Bildung einer Alterungsrückstellung vorsieht. Auf Antrag des Versicherungsnehmers ist eine Umstellung bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres jederzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten möglich.

Der Wechsel erfolgt zum 1. des auf die Antragstellung folgenden Monats.

Mit dem Optionsrecht ist keine Erhöhung des Versicherungsschutzes verbunden.

Mit Vollendung des 45. Lebensjahres erlischt das Optionsrecht.

### 2. Umstellungsvereinbarung

Hat die versicherte Person vom Optionsrecht bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres keinen Gebrauch gemacht, gilt nach der Umstellungsvereinbarung:

Zum 1. des Monats nach Vollendung des 45. Lebensjahres der versicherten Person erfolgt eine Umstellung durch den Versicherer in einen

- stationären Ergänzungstarif mit Alterungsrückstellung,
- ohne erneute Gesundheitsprüfung und
- ohne Wartezeiten.

Die versicherte Person kann den Umstellungstarif beim Versicherer jederzeit erfragen.

Der Versicherungsnehmer kann der planmäßigen Umstellung innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Umstellungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Umstellung in Textform widersprechen.

Widerspricht der Versicherungsnehmer der Umstellung, wird der Versicherungsschutz nach Tarif MediClinic S Premium fortgeführt. Die Kündigungsrechte sind bis zur Beendigung des Tarifs MediClinic S Premium hiervon unberührt.

## E. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

### Erläuterungen

1. Eine stationäre Heilbehandlung gilt abweichend von § 1 Abs. 3 AVB als medizinisch notwendig, wenn die GKV die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen dieses stationären Aufenthaltes übernimmt.  
  
Als Nachweis reicht die Vorlage einer schriftlichen Kostenübernahmeerklärung der GKV aus.
2. Die Krankenhausbehandlung umfasst Leistungen für vollstationäre und teilstationäre Heilbehandlungen einschließlich stationärer Entbindungen.  
  
Von einer teilstationären Behandlung geht der Versicherer aus, wenn der Krankenhausaufenthalt nicht über einen vollen Tages- und Nachtablauf stattfindet.  
  
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 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.
3. 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.
4. Keine Leistungspflicht besteht für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger (vgl. § 5 Abs. 1d) AVB).
5. Stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB)  
  
Im Rahmen der in § 4 Abs. 14.2 AVB genannten Erkrankungen (Diagnosen) werden bei einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung die versicherten Wahlleistungen zur Verfügung gestellt, wenn eine stationäre Leistung durch die GKV gemäß § 40 SGB V (medizinische Rehabilitation) erbracht wird.  
  
Es wird empfohlen, eine schriftliche Zusage beim Versicherer zur Kostenübernahme vor Beginn der stationären Anschlussheilbehandlung einzuholen.
6. Gemischte Krankenanstalten  
  
Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von § 4 Abs. 11 AVB erfüllen, besteht Versicherungsschutz im tariflichen Rahmen, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat (vgl. § 4 Abs. 14 AVB).  
  
Der Versicherer wird sich nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen, wenn:
  - a) es sich um eine akute Notfalleinweisung handelt (z. B. Unfall, lebensbedrohlicher Krankheitszustand wie Herzinfarkt) oder
  - b) ausschließlich medizinisch notwendige Krankenhausbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten, oder
  - c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte. Die Leistungen sind auf den Zeit-

raum der stationären Krankenhausbehandlungen dieser akuten Erkrankung begrenzt (vgl. § 4 Abs. 14.1 AVB).

7. Abweichend von § 3 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der Wartezeiten.
8. Bei Beendigung des Tarifs MediClinic S Premium zum Zeitpunkt der Befristung (60. Lebensalter, vgl. Abschnitt F.1) erbringt der Versicherer ab diesem Zeitpunkt tarifliche Leistungen für eine laufende Krankenhausbehandlung, längstens jedoch für vier Wochen.
9. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt der GKV angerechnete Leistungen werden berücksichtigt.

## **F. Ende der Versicherung/Obliegenheit**

1. **Ablauf des Versicherungsschutzes/Befristung**

Der Versicherungsschutz nach Tarif MediClinic S Premium endet zum Schluss des Monats, in dem die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet. Einer Kündigungserklärung des Versicherungsnehmers bedarf es nicht.
2. **Ausscheiden aus der GKV**

Der Versicherungsschutz nach Tarif MediClinic S Premium endet mit Ausscheiden aus der deutschen GKV (vgl. Abschnitt A.1) zum Schluss des laufenden Monats.

Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer über das Ausscheiden aus der GKV unverzüglich zu unterrichten.

## **G. Beiträge**

- Beitragsberechnung**
  1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
  2. Von dem auf die Vollendung des 16., 21., 26., 31., 45. 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.

## Anhang

### Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung SGB V

#### § 13

#### Kostenerstattung

- (1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.
- (2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.
- (3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 18 des Neunten Buches erstattet.
- (3a) Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Wird ein im Bundesmantelvertrag für Zahnärzte vorgesehenes Gutachterverfahren gemäß § 87 Absatz 1c durchgeführt, hat die Krankenkasse ab Antragseingang innerhalb von sechs Wochen zu entscheiden; der Gutachter nimmt innerhalb von vier Wochen Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Die Krankenkasse berichtet dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen jährlich über die Anzahl der Fälle, in denen Fristen nicht eingehalten oder Kostenerstattungen vorgenommen wurden. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten die §§ 14 bis 24 des Neunten Buches zur Koordinierung der Leistungen und zur Erstattung selbst beschaffter Leistungen.
- (4) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstat-

tungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

(5) Abweichend von Absatz 4 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

(6) § 18 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend.

### **§ 39 Krankenhausbehandlung**

(4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

### **§ 53 Wahltarife**

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

### **§ 61 Zuzahlungen**

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.