

Tarif koop PSG

Krankheitskostentarif für stationäre Krankenhausbehandlung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Rahmen eines Kollektivvertrags

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif koop PSG sind ausschließlich Personen, die bei einem Kooperationspartner der HanseMerkur Krankenversicherung AG gesetzlich krankenversichert sind und dort Anspruch auf ärztliche und zahnärztliche Behandlung haben.

Endet für eine versicherte Person der Versicherungsschutz bei diesem Kooperationspartner oder endet der Kollektivvertrag zwischen dem Kooperationspartner und der HanseMerkur Krankenversicherung AG, so endet der Versicherungsschutz nach Tarif koop PSG zum Ende des Monats, in dem der Wegfall der Voraussetzungen eingetreten ist; die Versicherung wird im Rahmen der Einzelversicherung in einem vom Leistungsumfang her vergleichbaren Tarif der HanseMerkur Krankenversicherung AG fortgeführt, sofern für die versicherte Person weiterhin Versicherungsschutz in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht. Der während der Versicherung beim Kooperationspartner bestehende Beitragsnachlass entfällt mit der Umstellung in einen Tarif der Einzelversicherung.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Beendigung des Versicherungsschutzes einer versicherten Person bei dem Kooperationspartner bzw. bei der gesetzlichen Krankenversicherung unverzüglich mitzuteilen.

II. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 Muster- und Tarifbedingungen)

Erstattung der Wahlleistungen (§ 17 KHEntgG) bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung (auch bei Entbindungen und Fehlgeburten) - mit unbegrenzter Leistungsdauer - in einem Ein- oder Zweibettzimmer mit Chefarztbehandlung

1. Erstattungsfähige Kosten:

- a) Erstattungsfähig sind die Kosten für Wahlleistungen gemäß § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Hiernach gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung durch den Chefarzt. Die privatärztliche Behandlung durch den Belegarzt wird der Chefarztbehandlung gleichgestellt. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Bereitstellung eines Fernsprechers oder für Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese tarifgemäß erstattet. Privatärztliche Behandlungen werden bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattet. Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnbehandlung, -ersatz oder Kieferorthopädie sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (z. B. Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte) sind mit Ausnahme des in II. 1. b) geregelten Falles nicht erstattungsfähig. Gesetzliche Zuzahlungen im Krankenhaus fallen ebenfalls nicht unter die Leistungspflicht.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, werden Aufwendungen für Wahlleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß KHEntgG angefallen wäre.

Stationäre Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen sind nicht versichert, d. h. es werden auch die in der Tarifbedingung zu § 5 (1) d MB/KK 2009 vorgesehenen Kostenzuschüsse nicht gezahlt.

- b) Erstattet werden die für Unterkunft und Verpflegung anfallenden zusätzlichen Kosten, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland aufsucht. Voraussetzung ist, dass das aufgesuchte Krankenhaus gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz abrechnet. Zugunsten der versicherten Person verzichtet der Versicherer in diesen Fällen bei Krankenhäusern, die auch Kuren und Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, auf eine vorherige schriftliche Leistungszusage, vgl. § 4 (5) MB/KK 2009.
- c) Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson anlässlich eines Krankenhausaufenthaltes des versicherten Kindes, wenn die Leistung nicht über die allgemeinen Krankenhausleistungen abgedeckt ist, vgl. § 2 (2) Nr. 3 KHEntgG. Diese Leistung wird bis zum Ende des Kalenderjahres gezahlt, in dem das versicherte Kind das 14. Lebensjahr vollendet.
- d) Erstattungsfähig ist der gesetzliche Eigenanteil eines Krankentransports nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung.
- e) Die Kosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransports aus dem Ausland nach Deutschland werden erstattet. Dies gilt nicht, wenn eine ausreichende ärztliche Versorgung im Ausland sichergestellt ist. Wurde die Auslandsreise gegen ärztlichen Rat angetreten, erfolgt die Leistung nur im Falle eines Unfalls. Bei Auslandsreisen werden ferner nach dem Tod einer versicherten Person die Überführungskosten nach Deutschland oder Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen er-

stattet, die bei einer Überführung entstanden wären. Dieser Versicherungsschutz gilt für kurzfristige Auslandsreisen bis zu einer planmäßigen Dauer von drei Monaten. Die Dauer ist vom Versicherungsnehmer auf Verlangen nachzuweisen.

2. Krankenhaustagegeld:

Bei einem Verzicht auf Kostenerstattung versicherter Leistungen wird pro Behandlungstag ersatzweise ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe gezahlt:

- bei Verzicht auf die Erstattung für die gesonderte Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer 35 EUR,
- bei Verzicht auf die Erstattung für privatärztliche stationäre Behandlung 25 EUR.

III. Ordentliches Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß § 14 (2) MB/KK 2009.