

## Tarif SGK – Krankheitskostenzusatzversicherung für Kinder und Jugendliche

**gültig in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadenversicherung der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft (AVB/S)**

### 1. Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder im Basistarif eines privaten Krankenversicherungsunternehmens versichert sind und die das Höchst Eintrittsalter von 7 Jahren nicht überschritten haben.

### Versicherungsleistungen

### 2. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind Behandlungen in einem Krankenhaus, das die Voraussetzungen des § 4 Abs. 4 AVB/S erfüllt. § 4 Abs. 5 AVB/S bleibt hiervon unberührt. Erstattungsfähig sind Aufwendungen zu 100 % für:

#### 2.1 Unterkunftszuschlag Ein- und Zweibettzimmer.

Bei Verzicht auf die Unterbringung im Einbettzimmer wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld von 20 Euro gezahlt. Wird auch auf die Unterbringung im Zweibettzimmer verzichtet, erhöht sich das Ersatzkrankenhaustagegeld auf 50 Euro.

#### 2.2 Wahlärztliche Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Aufwendungen, die über den GOÄ-Höchstsätzen liegen, sind im Einzelfall nach vorheriger Zusage des Versicherers erstattungsfähig, wenn die Überschreitung durch besondere krankheitsbedingte Erschwernisse begründet ist.

Bei Verzicht auf die wahlärztlichen Leistungen wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld von 30 Euro gezahlt.

#### 2.3 Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei freier Krankenhauswahl nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegegesetzverordnung (BPFIV). Das sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nach Abzug der vom Sozialversicherungsträger zu erbringenden Vorleistung.

Ausgenommen von der Erstattung sind die vom Sozialversicherungsträger verlangten Zuzahlungen.

Entfällt die Vorleistung, sind die Mehrkosten nicht erstattungsfähig.

#### 2.4 Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson anlässlich eines Krankenhausaufenthalts des versicherten Kindes. Voraussetzung ist, dass das Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

#### 2.5 Vor- und nachstationäre Heilbehandlung sowie ambulante Operationen im Krankenhaus im Sinne von § 115 a bzw. § 115 b Sozialgesetzbuch V, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Die vom Sozialversicherungsträger zu erbringende Vorleistung wird in Abzug gebracht.

Entfällt die Vorleistung, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zu 50 % ersetzt.

#### 2.6 Aufwendungen einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung außerhalb Deutschlands nach Abzug der vom Sozialversicherungsträger zu erbringenden Vorleistung bis zu höchstens 75 Euro je Verweiltag im Krankenhaus. Aufwendungen, die über diesem Satz liegen, sind erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer dies zuvor schriftlich zugesagt hat oder wenn der Versicherungsfall akut während einer Auslandsreise eingetreten ist.

### 3. Kieferorthopädische Behandlung (KFO)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Die Aufwendungen werden im tariflichen Umfang erstattet, wenn mit der Behandlung bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurde.

Endet die Versicherung nach Tarif SGK (z.B. nach Ziffer 4), erfolgt – auch für schwebende Versicherungsfälle – keine weitere Erstattung (§ 7 AVB/S).

#### 3.1 Leistungen bei bestehendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV

Erstattungsfähig sind 80% der Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen, soweit diese nicht unter den Leistungsanspruch gegenüber der GKV fallen (Mehrkosten).

Die Erstattung der Aufwendungen ist begrenzt auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.000 Euro. Die maximal mögliche Erstattung beträgt demnach 1.600 Euro.

#### 3.2 Leistungen ohne bestehendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV

Erstattungsfähig sind 80% der Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen, soweit hierfür insgesamt kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.

Die Erstattung der Aufwendungen ist begrenzt auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 4.000 Euro. Die maximal mögliche Erstattung beträgt demnach 3.200 Euro.

#### Kieferorthopädischer Heil- und Kostenplan:

#### 3.3 Die Aufwendungen nach den Ziffern 3.1 und 3.2 werden erstattet, wenn rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan eingereicht und vom Versicherer schriftlich genehmigt wurde. Der Versicherer erstattet die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans und verpflichtet sich, die Prüfung unverzüglich vorzunehmen.

Wird die Maßnahme ohne vorherige schriftliche Genehmigung des Versicherers durchgeführt, erfolgt keine Erstattung.

#### Leistungsstaffeln:

#### 3.4 Die Aufwendungen für die unter Ziffer 3.1 genannten Leistungen sind begrenzt auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von höchstens

- 1.000 Euro in den ersten 12 Monaten und
  - 2.000 Euro in den ersten 24 Monaten
- ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif.

#### 3.5 Die Aufwendungen für die unter Ziffer 3.2 genannten Leistungen sind begrenzt auf einen erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von höchstens

- 1.000 Euro in den ersten 12 Monaten,
- 2.000 Euro in den ersten 24 Monaten

3.000 Euro in den ersten 36 Monaten und  
4.000 Euro in den ersten 48 Monaten  
ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif.

### **Besondere Bestimmungen**

#### **4. Beendigung der Versicherung nach Tarif SGK**

Die Versicherung nach Tarif SGK endet zum 31.12. des Jahres, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet.

#### **5. Option**

Der Versicherungsnehmer kann für versicherte Personen, für die das Versicherungsverhältnis nach Ziffer 4 endet, innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung die Umstellung in die Tarife SG(R), SE und ZG30 ohne erneute Gesundheitsprüfung oder Wartezeiten verlangen. Die Umstellung erfolgt rückwirkend zum 01.01. des auf die Beendigung folgenden Jahres.

Der vom Umstellungszeitpunkt an zu zahlende Beitrag richtet sich nach den dann maßgeblichen Beiträgen der Tarife, in die umgestellt werden soll. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Umstellung entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bei der Umstellung bestehen.

#### **6. Kündigungsrecht**

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

#### **7. Anpassung von Versicherungsleistungen**

Der Versicherer ist nach Maßgabe von § 18 AVB/S berechtigt, tariflich festgelegte Leistungsbegrenzungen (z.B. tariflich vereinbarte Erstattungshöchstbeträge) an die Preisentwicklung anzupassen.

#### **8. Beiträge**

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Der Beitrag wird für die Altersgruppe 0-20 Jahre berechnet. § 8 Abs. 2 Satz 1 AVB/S gilt nicht.