

## Wesentliche Merkmale des Tarifs OK

### Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung im Zweibettzimmer
- 100% Kostenerstattung für privatärztliche Behandlung
- 100% Kostenerstattung für Krankentransport
- 100% Kostenerstattung für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung
- 100% Kostenerstattung für eine Begleitperson bei Kindern

### Optionsrecht

- auf Wechsel in eine Voll- oder Beihilfe-Restkostenversicherung
- auf Wechsel in eine Zusatzversicherung
- ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten

## Tarif OK

### Krankheitskosten-Zusatzversicherung mit Option für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung Fassung Juli 2011

### Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Mit Ausnahme der unter Punkt III. formulierten Abweichungen gilt der Tarif OK (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

#### I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen bis zu einem Eintrittsalter von 39 Jahren, sofern sie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflichtversichert sind, Anspruch auf Familienversicherung haben oder z.B. aufgrund eines Wahltarifs für eine bestimmte Zeit an eine GKV gebunden sind.

Die erstmalige Versicherungsdauer beträgt fünf Jahre. Sofern nach Ablauf dieser fünf Jahre obige Voraussetzungen weiterhin erfüllt sind, kann der Versicherungsschutz zweimal um jeweils weitere fünf Jahre (aber höchstens bis zur Vollendung des 45. Lebensjahres, vgl. III.C) Ziffer 2) verlängert werden. Die Verlängerungen erfolgen ohne erneute Risikoprüfung. Der Beitrag der jeweiligen Verlängerung wird nach dem dann geltenden Eintrittsalter festgesetzt.

#### II. Versicherungsleistungen

Der Versicherer leistet

- bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern sowie in Tbc-Heilstätten und Tbc-Sanatorien;
- bei Vorsorgeuntersuchungen, wenn diese aus medizinischen Gründen stationär durchgeführt werden müssen;
- bei einem Krankenhausaufenthalt wegen Schwangerschaft und Entbindung.

##### A) Erstattungsfähig sind die Kosten für

###### 1. Wahlleistungen

1.1 In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der

Bundespflegesatzverordnung die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (Zuschlag zum Pflegesatz) und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

1.2 In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Wahlleistungen die zusätzlichen Kosten für ein Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung.

###### 2. Krankentransport

Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Unterscheidet ein Krankenhaus nach Pflegeklassen, so gilt für die nachstehenden Leistungsaussagen die 1. Pflegeklasse als Einbettzimmer, die 2. Pflegeklasse als Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse als Mehrbettzimmer.

##### B) Die – gegebenenfalls nach Vorleistung der GKV verbleibenden – erstattungsfähigen Kosten werden wie folgt erstattet:

100% des Rechnungsbetrages bei Aufenthalt im Zwei- oder Mehrbettzimmer, bei Aufenthalt im Einbettzimmer beschränkt auf die Kosten, die bei einem Aufenthalt im Zweibettzimmer entstanden wären. Können diese nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

##### Verbleibende Restkosten bei den Allgemeinen Krankenhausleistungen

Hat die GKV die Allgemeinen Krankenhausleistungen nicht in voller Höhe erbracht, so werden auch die verbleibenden Kosten – mit Ausnahme bei der GKV bestehender Selbstbehalte – zu 100% erstattet:

a) In Krankenhäusern, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen Pflegesätze, Sonderentgelte, Fallpauschalen, die gesondert berechnete Vergütung des Belegarztes, der Beleghebamme sowie des -entbindungspfleger.

b) In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie der Leistung einer Hebamme und eines Entbindungspfleger.

Hat die GKV keine Leistungen erbracht, so werden die Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht erstattet. Kann die Höhe der Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht nachgewiesen werden, so gelten die entsprechenden Kosten des nächstgelegenen vergleichbaren Krankenhauses.

#### **C) Für nicht in Anspruch genommenen Kostenersatz erhält der Versicherungsnehmer ein Krankenhaustagegeld**

1. in Höhe von 15,60 € bei Nicht-Inanspruchnahme des Kostenersatzes für den Unterkunftszuschlag,
2. in Höhe von 26 € bei Nicht-Inanspruchnahme des Kostenersatzes für vereinbarte privatärztliche Behandlung.

Bei teilstationärer Heilbehandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

#### **D) Zusatzleistungen für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung als Privatpatient**

Erstattet werden 100% der ärztlichen Kosten der ambulant unmittelfar vor bzw. nach einer leistungspflichtigen Krankenhausbehandlung durchgeführten einmaligen Aufnahme- und Abschlussuntersuchung durch den liquidationsberechtigten Krankenhaus- oder Belegarzt. Dabei sind die Leistungen der GKV zunächst in Anspruch zu nehmen und dem Versicherer nachzuweisen.

#### **E) Erstattung der Kosten für eine Begleitperson bei Kindern**

Wird neben einem versicherten Kind bis zum vollendeten 8. Lebensjahr während einer stationären Heilbehandlung ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, werden auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson erstattet.

Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson sind durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

### **III. Optionsrecht**

Der Versicherungsnehmer hat die Option, für die versicherte Person

- bei Beendigung des Optionstarifs gemäß III.C) Ziffer 1 entweder eine Krankheitskosten-Vollversicherung, eine Beihilfe-Restkostenversicherung oder eine Zusatzversicherung zur GKV abzuschließen.
- bei Beendigung gemäß III.C) Ziffer 2 oder 3 eine Zusatzversicherung zur GKV abzuschließen.

Der Wechsel kann in Tarife erfolgen, die für den Neuzugang geöffnet sind, sofern Versicherungsfähigkeit für diese Tarife besteht. Das Optionsrecht bezieht sich auf den unter III.D) beschriebenen Versicherungsschutz.

#### **A) Umstellungszeitpunkt**

Will der Versicherungsnehmer von diesem Optionsrecht Gebrauch machen, muss er die Umstellung innerhalb von 2 Monaten nach Eintritt der Beendigungsgründe gemäß III.C) beantragen. Sie wird dann zum Zeitpunkt des Eintritts des Beendigungsgrundes wirksam. Die Frist verlängert sich auf maximal 6 Monate, wenn die Umstellung nicht rückwirkend, sondern spätestens zu Beginn des siebten Monats nach Eintritt eines Beendigungsgrundes gemäß III.C) wirksam werden soll.

#### **B) Ruhen bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt**

Bei einem vorübergehenden Auslandsaufenthalt ruht der Versicherungsschutz gemäß II. des Tarifs für die gesamte Dauer des Aufenthaltes. Die Option wird davon nicht berührt. Die Dauer des Auslandsaufenthaltes wird auf die Laufzeit des Optionstarifs angerechnet.

Sofern der Auslandsaufenthalt mindestens 2 Monate dauert, sind für die gesamte Auslandsaufenthaltsdauer die reduzierten Beiträge zu entrichten.

#### **C) Ende des Optionstarifs**

Die Versicherung nach dem Optionstarif endet

1. mit dem Ende der Versicherungspflicht in der GKV oder des Anspruchs auf Familienversicherung und/oder nach Ablauf einer evtl. Bindefrist (z.B. durch einen GKV-Wahltarif).
2. mit dem Ablauf des Monats, in dem das 45. Lebensjahr vollendet wird.
3. mit dem Ablauf des Monats, in dem die für diese Versicherung vorgesehene Höchstvertragsdauer von 15 Jahren erreicht ist.

Der Versicherungsnehmer hat dem Versicherer

- das Ende der Versicherungspflicht in der GKV oder des Anspruchs auf Familienversicherung
- und/oder den Ablauf einer evtl. Bindefrist (z.B. durch einen GKV-Wahltarif)

unverzüglich schriftlich anzuzeigen und auf Verlangen nachzuweisen.

Sofern kein Umstellungsrecht in Anspruch genommen wurde, wird das Versicherungsverhältnis nach Wegfall dieser Bedingungen – ohne dass es eines Antrages bedarf – entsprechend den Tarifstufen CSA 100 und CSW 2 (bei Ärzten nach Tarif MSW 2) fortgesetzt. Der Beitrag wird nach dem dann geltenden Eintrittsalter unter entsprechender Berücksichtigung gegebenenfalls bereits bestehender Risikozuschläge festgesetzt. Der Versicherungsnehmer kann dann innerhalb von zwei Monaten vom Zeitpunkt des Wegfalls der Voraussetzungen für diese Bedingungen an mit Wirkung zum Ende des Monats kündigen, in dem die Voraussetzungen wegfallen.

#### **D) Umfang der Option**

1. Das Umstellungsrecht auf die Vollversicherung bzw. Beihilfe-Restkostenversicherung umfasst folgenden Versicherungsschutz:

- ambulante Heilbehandlung.
- stationäre Heilbehandlung (allgemeine Krankenhaus- und Wahlleistungen).
- Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Die tarifliche sowie eine gegebenenfalls individuell vereinbarte Zahnstaffel beginnen mit dem Umstellungszeitpunkt.
- Krankentagegeld für Selbstständige ab dem 22. Tag einer Arbeitsunfähigkeit bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten und entfallenden Nettoeinkommens, max. in Höhe des GKV-Höchstkrankengeldes zum Zeitpunkt der Umstellung; für Arbeitnehmer ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten und entfallenden Nettoeinkommens, max. 130% des GKV-Höchstkrankengeldes zum Zeitpunkt der Umstellung.
- Pflege-Pflichtversicherung nach § 23 SGB XI. Die Vorversicherungszeiten aus der Option werden nicht auf die Pflege-Pflichtversicherung gemäß § 110 SGB XI angerechnet.
- Pfl egetagegeld in Höhe von max. 50 €/Tag.

2. Das Umstellungsrecht auf die Zusatzversicherung umfasst folgenden Versicherungsschutz:

- ambulante Heilbehandlung.
- stationäre Heilbehandlung (Wahlleistungen).
- Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie. Die tarifliche sowie eine gegebenenfalls individuell vereinbarte Zahnstaffel beginnen mit dem Umstellungszeitpunkt.
- Krankentagegeld ab dem 43. Tag einer Arbeitsunfähigkeit bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten und entfallenden Nettoeinkommens, inklusive GKV-Krankengeld max. 130% des GKV-Höchstkrankengeldes zum Zeitpunkt der Umstellung.
- Pfl egetagegeld in Höhe von max. 50 €/Tag.

Die Umstellung erfolgt ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten. Grundlage für die Risikozuschlagsbemessung ist die bei Abschluss des Optionstarifes festgestellte Risikolage sowie der nach der Umstellung zu zahlende Tarifbeitrag zum erreichten Alter.

Abweichend von § 2 MB/KK Teil II sind zum Zeitpunkt der Ausübung der Option gemäß III.D) Ziffer 2 angeratene oder laufende Zahnbehandlungen vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.