

Teil III Tarif OSG 2V Ergänzungstarif für stationäre Behandlung für GKV-Versicherte

OSG 2V

Der Tarif OSG 2V gilt in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2008

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen

1 Versicherungsfähigkeit/Geltungsbereich (zu § 1 Teil I und II)

1.1 Aufnahmefähig sind bis zu einem Eintrittsalter von 39 Jahren Personen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Mitglied oder im Rahmen der Familienversicherung versichert sind.

1.2 Die Versicherungsfähigkeit endet für die versicherte Person zum Zeitpunkt, in dem die Versicherung in der GKV endet, spätestens jedoch 60 Monate nach Versicherungsbeginn.

1.3 Das Ende der Versicherung in der GKV ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung, anzuzeigen.

2 Beitragsberechnung (zu § 8 a Teil I und II)

Eine Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nicht gebildet.

3 Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

Ergänzend zu § 8 b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

B Leistungen des Versicherers

1 Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1.1 Kostenerstattung

1.1.1 Erstattungsfähig sind die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären oder teilstationären Heilbehandlung, einer Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim sowie die Kosten für notwendige Krankentransporte zum und vom Krankenhaus, auch aus dem Ausland (Auslandsrücktransport).

1.1.2 Erstattet werden im Sinne der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) zu 100 %

- a) die Kosten der gesondert berechenbaren Unterkunft im Zweibettzimmer und die gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen.
Wird ein Zuschlag für die Inanspruchnahme eines Einbettzimmers berechnet, wird der vom Krankenhaus im Aufenthaltszeitraum geltende Zuschlag für das Zweibettzimmer erstattet.
- b) die Mehrkosten, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt.

1.1.3 Nicht erstattet werden, mit Ausnahme der Aufwendungen gemäß 1.1.2 b), die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der BpflV sowie für die Inanspruchnahme von Belegärzten, Beleghebammen bzw. -entbindungspflegerinnen sowie die Kosten einer teilstationären Dialysebehandlung.

1.2 Krankenhaustagegeld Der Versicherte erhält

1.2.1 ein Krankenhaustagegeld von 21 EUR, wenn er während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keinerlei gesondert berechenbare ärztliche Leistungen, auch nicht von Belegärzten, in Anspruch nimmt;

1.2.2 ein Krankenhaustagegeld von 10,50 EUR, wenn er für den gesamten Aufenthalt auf die Inanspruchnahme der gesondert berechenbaren Unterkunft im Zweibettzimmer verzichtet.

1.2.3 Das Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (24 Stunden) eines Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

Der Aufnahme- und der Entlassungstag zählen jeweils als ein voller Kalendertag.

C Optionsklausel

1 Nach Ablauf der Optionsdauer von 60 Monaten besteht das Recht auf Umstellung des Versicherungsschutzes, sofern die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit in die beantragten Tarife gegeben ist

- a) in Tarife zur Krankheitskostenvollversicherung für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung einschl. der Pflegepflichtversicherung sowie in Krankentagegeldtarife mit einem frühesten Leistungsbeginn ab dem 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit für Selbstständige/Freiberufler bzw. ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit bei Arbeitnehmern. Die Krankentagegeldhöhe ist auf 130 % des zum Zeitpunkt der Umstellung bestehenden höchsten Tagegeldanspruchs für Arbeitnehmer der GKV begrenzt;
- b) in Tarife zur Krankheitskostenteilversicherung für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung, sofern weiterhin Versicherungsschutz in der GKV besteht.

2 Bestand zu Versicherungsbeginn Versicherungspflicht in der GKV bzw. Anspruch auf Familienversicherung und endet diese vor Ablauf der 60-monatigen Optionsdauer, so besteht zum Zeitpunkt der Beendigung ebenfalls das Recht auf Umstellung des Versicherungsschutzes gemäß 1 a), 1 b), wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung angezeigt wird.

3 Die Umstellung ist durch den Versicherungsnehmer schriftlich zu erklären. Sie erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung. Ansonsten gelten die bei Neuabschluss üblichen Bedingungen.

4 Verlangt der Versicherungsnehmer keine Umstellung, wird der Versicherungsnehmer zwei Monate vor Ablauf der maximalen Optionsdauer von 60 Monaten vom Versicherer schriftlich über die bestehende Umstellungsmöglichkeit informiert.

5 Macht der Versicherungsnehmer von seinem Optionsrecht zum Ende der Optionsdauer keinen Gebrauch, wird der bestehende Tarif in einen stationären Zusatztarif mit mindestens gleichwertigen Leistungen umgestellt. Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb von zwei Monaten vom Umstellungszeitpunkt an gerechnet mit Wirkung zum Ende des Monats, in dem die Optionsdauer endet, kündigen.

6 Nach Beendigung des Tarifs OSG 2V ist für die Höhe der Beiträge der anschließend versicherten Tarife das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter der versicherten Person maßgebend.

Inhalt des Dienstleistungsangebotes gemäß § 4 Absatz 2 Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

Kostenberatung und rechtliche Unterstützung

Wird bei der Bearbeitung eines Erstattungsantrages festgestellt, dass die vorliegende Rechnung gebührenrechtliche Mängel aufweist, so dass eine entsprechende Kürzung des Rechnungsbetrages erforderlich ist, erhält der Versicherungsnehmer je nach Fall neben der Information und Erläuterung der Kürzung zusätzlich

- argumentative Hilfe mit der Benennung von relevanten Rechtsgrundlagen
- Unterlagen und Empfehlungen zur weiteren Vorgehensweise
- bei einer Kürzung von mindestens 300 Euro in Einzelfällen die Erstattung des streitigen Betrages gegen Abtretung.

Zudem wird die Erstattung des streitigen Rechnungsbetrages im vertraglichen Umfang garantiert, sofern ein durch den Versicherungsnehmer mit Zustimmung der SIGNAL Krankenversicherung a. G. geführter Rechtsstreit mit einem Rechnungsaussteller verloren geht, ohne dass der Versicherungsnehmer selbst oder der von ihm beauftragte Prozessvertreter dies zu vertreten hat und die SIGNAL Krankenversicherung a. G. die Möglichkeit hatte, auf die Prozessführung ausreichend Einfluss zu nehmen.