

Tarif CSS.clinic2

Ergänzungstarif für Wahlleistungen Privatarzt und Zweibettzimmer für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören

Version 06.2007

Der Tarif CSS.clinic2 ist als Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nur gültig in Verbindung mit Teil I, CSS-Grundbedingungen für die Krankheitskosten und Krankenhaustagegeldversicherung als Ergänzung der gesetzlichen Krankenversicherung.

CSS Versicherung AG, Postfach 1130, Pflugstraße 20, 9490 Vaduz, Liechtenstein. Nachfolgend Versicherer genannt.

Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif CSS.clinic2 können nur Personen versichert werden, die selbst oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Die Versicherungsfähigkeit nach diesem Tarif entfällt mit Ablauf des Monats, in dem die Mitgliedschaft oder der Anspruch auf Familienversicherung bei einem Träger der GKV endet. Kinder können nur gemeinsam mit einer erwachsenen Person (ab 18 Jahren) versichert werden. Andernfalls ist für das Kind die Erwachsenenprämie geschuldet.

Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der GKV dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Die Versicherung nach dem Tarif CSS.clinic2 endet für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Mitgliedschaft oder der Anspruch auf Familienversicherung bei einem Träger der GKV endet.

Art. 1 Versicherungsleistungen

Soweit Ansprüche auf Leistungen der GKV bestehen, sind diese wahrzunehmen.

Leistungen der GKV werden unabhängig davon, ob sie wahrgenommen werden oder nicht, von den Leistungen gemäß vorliegendem Tarif in Abzug gebracht.

Für die Leistungen erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Heilbehandlungen innerhalb der EU. Für Heilbehandlungen außerhalb der EU gilt der Versicherungsschutz während maximal zwei Monaten. Für angefallene Kosten von Heilbehand-

lungen außerhalb von Deutschland besteht nur eine Leistungspflicht nach vorheriger schriftlicher Kostenzusage durch den Versicherer. Von dieser Regel ausgenommen sind unvorhergesehene Krankheiten und Notfälle.

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Grundbedingungen und Tarif, nachfolgend AVB genannt) bei einer stationären Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt im Krankenhaus die Kosten für Behandlung (jedoch nicht für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung), für Unterkunft und Verpflegung sowie für den notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer;
- notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus;
- gesondert berechnete ärztliche Leistungen und die im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführte ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus. Die Aufwendungen für die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung werden ersetzt, soweit sie gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnung berechnet sind. Der Einsatz der Aufwendungen für die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung ist nicht auf die in der Gebührenordnung aufgeführten Höchstsätze begrenzt.

Bei einer ambulanten Operation im Krankenhaus fallen die Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen und für Leistungen des Krankenhauses unter den Versicherungsschutz.

Die privatärztlichen Leistungen im Rahmen der im Zusammenhang mit einer durchgeführten stationären Krankenhausbehandlung stehenden vor- und nachstationären Behandlung gem. § 115a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) sind nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse ebenfalls erstattungsfähig.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:

- für gesondert berechnete ärztliche Leistungen 100%;
- für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer 100%;
- für Transporte zum und vom Krankenhaus 100% der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen bis zu

einem Gesamtbetrag von EUR 250 je Krankenhausaufenthalt. Nicht erstattungsfähig sind die im SGB V vorgesehenen Eigenbeteiligungen des Versicherten an den Transportkosten; - für ambulante Operationen im Krankenhaus 100% der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen. Bei Verzicht auf gesondert berechnete Unterbringung wird für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt ein Krankenhausersatztagegeld in Höhe von EUR 10 und bei Verzicht auf gesondert berechnete ärztliche Leistungen ein Krankenhausersatztagegeld in Höhe von EUR 30 gezahlt. Für Kinder bis 14 Jahre gelten jeweils die halben Beträge für das Krankenhausersatztagegeld. Aufnahme- und Entlassungstag gelten je als ein voller Tag. Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt gemäß § 53 SGB V vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen der GKV.

Mehrkosten bei stationärer Behandlung

Der Versicherer erstattet im Rahmen der AVB 100% der Mehrkosten für eine stationäre Behandlung in der allgemeinen Abteilung, die dem Versicherten vom Träger der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt.

Gemischte Heilanstalten

In Abweichung zu § 4.5 der AVB beruft sich der Versicherer nicht auf die fehlende schriftliche Zusage, wenn nachgewiesen wird, dass es sich nicht um eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung gehandelt hat.

Kurtagegeld für Kinder

Der Versicherer erstattet ein Kurtagegeld für Kinder bis 14 Jahre von EUR 10 pro Tag während max. 28 Tagen, wenn der Kuraufenthalt im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung erfolgte.

Rooming-in

Wird neben einem versicherten Kind, das das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, werden auch die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson zu 100% ersetzt.

Fahrtkosten und Übernachtung

Der Versicherer erstattet für Fahrtkosten und Übernachtung bei einer ambulanten Operation eine Kostenpauschale von EUR 200.

Art. 2 Tarifbeitrag

Die jeweils gültigen Tarife werden in einem Anhang, welcher integrierender Bestandteil des Tarifs CSS.clinic2 ist, geregelt. Maßgebend ist die jeweils zum Zeitpunkt der Prämienhebung gültige Version des Anhangs.

Art. 3 Schadenfreiheitsklassen

Der Tarif sieht 11 Schadenfreiheitsklassen vor:

Klasse	Beitragssatz in % des Tarifgrundbeitrags
SF 0	100
SF 1	100
SF 2	100
SF 3	100
SF 4	100
SF 5	100
SF 6	97
SF 7	94
SF 8	91
SF 9	88
SF 10	85

Der zu einer Schadenfreiheitsklasse gehörige Beitragssatz wird auf den dem erreichten Alter entsprechenden Tarifbeitrag angewendet (also ohne Berücksichtigung eines Tarifzuschlags und eines Risikozuschlags). Der Tarif sieht einen Schadenfreiheitsrabatt (SFR) bis zu 15% vor. Zum Versicherungsbeginn erfolgt die Einstufung in die Klasse SF 5 (100% des Tarifgrundbeitrags).

Der Vertrag wird jeweils zum 1. Januar des Folgejahres in die nächsthöhere Schadenfreiheitsklasse eingestuft (höchstens in Klasse SF 10), wenn die Versicherung zum 30. September des laufenden Versicherungsjahres bestand und seit dem 1. Oktober des vorangegangenen Jahres keine Leistungen aus dem Tarif gezahlt wurden.

Maßgebend ist hier der Termin, an dem der Versicherer die Zahlung geleistet hat. Wurden in diesem Zeitraum Leistungen gezahlt, so erfolgt eine Rückstufung um 4 Schadenfreiheitsklassen (aber nicht tiefer als bis zur Klasse SF 0). Nur bei kurzfristigen Auslandsreisen unvorhergesehene Leistungen sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft bleiben ohne Einfluss auf den SFR.