

## **Ergänzungs- und Optionsversicherung für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung**

### **Tarif SMART CARE 533**

## **Versicherungsschutz für stationäre Heilbehandlung und Option auf Krankheitskostenvollversicherung oder Krankheitskostenzusatzversicherung**

Es gelten die **Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2013 (AVB 2013)** für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I      Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) des Verbandes der privaten Krankenversicherung  
Teil II      **Allgemeine Tarifbedingungen des Münchener Verein**

Tarif SMART CARE bietet für die festgelegte Dauer (vgl. Buchstabe E.)

- Versicherungsschutz für Kosten stationärer Heilbehandlung und ambulanter Operationen im Krankenhaus sowie
- die Option auf Abschluss einer substitutiven Krankheitskostenvollversicherung (dies beinhaltet auch die beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung einschließlich Beihilfeergänzungstarif) mit Pflegepflichtversicherung und Krankentagegeldversicherung oder einer Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung.

#### A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, für die ein Leistungsanspruch bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht.

#### B. Wartezeiten

Die Wartezeiten in der Krankheitskostenversicherung (§ 3 I AVB/KK 2013) entfallen.

#### C. Leistungen des Versicherers

##### 1. Stationäre Heilbehandlung

Erstattet werden die Kosten für die Wahlleistungen (vgl. § 4 II Abs. 7 b AVB/KK 2013)

- Zuschlag für bessere Unterbringung im Zweibettzimmer zu 100 %
- privatärztliche Behandlung (ohne Belegarzt), soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf und deren Höchstsätze nicht überschreitet zu 100 %

Höchstsätze der GOÄ sind derzeit der 3,5fache Satz bzw. der 2,5fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen bzw. der 1,3fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M (Laborleistungen) sowie nach Ziffer 437 der GOÄ.

Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung privatärztliche Behandlung erhält die versicherte Person ersatzweise ein zusätzliches Krankenhaustagegeld von 25 Euro  
Kinder erhalten 12,50 Euro

Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung Zweibettzimmer erhält die versicherte Person ersatzweise ein zusätzliches Krankenhaustagegeld von 15 Euro  
Kinder erhalten 7,50 Euro

##### 2. Vor- und nachstationäre Behandlung und ambulante Operationen

- a) Für ambulante Operationen werden die nach Vorleistung durch die GKV verbleibenden Kosten für die gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen, soweit sie im Rahmen der GOÄ berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze nicht überschreiten sowie Sachkosten zu 100 % erstattet, wenn die ärztlichen Leistungen durch einen liquidationsberechtigten angestellten Krankenhausarzt (nicht Belegarzt) in einem für die GKV zugelassenen Krankenhaus erbracht werden.

Es wird empfohlen, den Versicherer im Vorfeld über die geplante ambulante Operation zu informieren.

- b) Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. einer ambulanten Operation medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation (gemäß 2. a), sind im Zeitraum von 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation nach Vorleistung der GKV, soweit die ärztlichen Leistungen im Rahmen der GOÄ berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze nicht überschreiten, zu 100 % erstattungsfähig.
- c) Nicht erstattungsfähig sind Kosten für ambulant im Krankenhaus durchgeführte Zahnbehandlungs- und Zahnersatzmaßnahmen sowie kieferorthopädische Maßnahmen.

#### D. Option auf Abschluss einer Krankenversicherung

##### 1. Option auf Abschluss einer

- Krankheitskostenvollversicherung
- Krankentagegeldversicherung
- Pflegepflichtversicherung oder
- Krankheitskostenzusatzversicherung für GKV-Versicherte.

##### a) Art und Umfang der Option

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, für sich und die im Vertrag mitversicherten Personen ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten

- eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung (dies beinhaltet auch die beihilfekonforme Krankheitskostenvollversicherung einschließlich Beihilfeergänzungstarif)
- eine Krankentagegeldversicherung
- die private Pflegepflichtversicherung
- oder eine Krankheitskostenzusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung

abzuschließen.

Diese Option gilt für alle zum Zeitpunkt der Ausübung der Option für den Neuzugang geöffneten Tarife des Versicherers, für die Versicherungsfähigkeit besteht.

Die Option auf Abschluss der Krankentagegeldversicherung mit einer Karenzzeit von mindestens 21 Tagen für Selbstständige bzw. von mindestens 42 Tagen für Arbeitnehmer sowie der privaten Pflegepflichtversicherung kann nur in Verbindung

mit derjenigen auf Abschluss der Krankheitskostenvollversicherung ausgeübt werden. Ununterbrochene Versicherungszeiten in der sozialen Pflegepflichtversicherung werden auf die in der privaten Pflegepflichtversicherung gemäß § 110 Abs. 3 SGB XI zu erfüllenden Wartezeiten angerechnet.

Die Höhe des Krankentagegeldes ist auf 130 % des zum Zeitpunkt des Abschlusses möglichen höchsten Krankengeldanspruchs für in der GKV versicherte Arbeitnehmer begrenzt.

Ab Beginn der Versicherungen, für die der Versicherungsnehmer die Option wahrnimmt, ist der Beitrag zu zahlen, der dem dann gültigen Eintrittsalter entspricht.

#### **b) Zeitpunkt und Termin der Wahrnehmung der Option**

- Für versicherungspflichtige Mitglieder der GKV  
Mit dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungsfreiheit kann sich der Versicherungsnehmer entscheiden, ob er die Option in Anspruch nimmt. Den Antrag muss er innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungsfreiheit stellen und einen Nachweis über das Ende der Versicherungspflicht in der GKV vorlegen. Der im Rahmen der Ausübung der Option gewählte Versicherungsschutz muss im unmittelbaren Anschluss an den Eintritt der Versicherungsfreiheit beginnen. Bei späterem Beginn ist eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich.
- Für versicherungspflichtige und freiwillige Mitglieder der GKV  
Zum Ende des dritten und fünften Versicherungsjahres im Tarif SMART CARE sowie zum Ende der Höchstvertragsdauer (vgl. Buchstabe E. 1 und 3) ist der Versicherungsnehmer berechtigt, für sich und die weiteren versicherten Personen die Option in Anspruch zu nehmen:
  - **Freiwillig versicherte GKV-Mitglieder** können eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung, eine Krankentagegeldversicherung und die private Pflegepflichtversicherung abschließen. Der Versicherungsnehmer muss den Antrag vor den oben genannten Optionszeitpunkten stellen. Der Versicherungsschutz muss im unmittelbaren Anschluss an das Ende der Mitgliedschaft in der GKV beginnen. Bei späterem Beginn ist eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich.
  - Bei **Fortbestehen der Mitgliedschaft** oder Familienversicherung **in der GKV** kann eine Krankheitskostenzusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen werden. Der Versicherungsnehmer muss den Antrag vor den oben genannten Optionszeitpunkten mit Versicherungsbeginn zum 01.01. des Folgejahres stellen. Bei späterem Beginn ist eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich.

#### **2. Gesundheitsbeurteilung**

Bei Inanspruchnahme der Option ist der Gesundheitszustand der versicherten Person zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses maßgeblich. In die aufnehmenden Tarife werden eventuelle im Tarif SMART CARE vereinbarte Erschwernisse (Beitragszuschlag, Leistungsausschluss) übernommen.

#### **E. Vertragsdauer, Verlängerungsmöglichkeit, Obliegenheiten**

1. Der Versicherungsvertrag kann für die Dauer von fünf Jahren geschlossen und darüber hinaus gegebenenfalls um weitere drei Jahre verlängert werden. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet zum 31.12. des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.
2. Die Verlängerung um bis zu drei Jahre setzt voraus, dass diese bis spätestens zwei Monate vor Ablauf der Vertragsdauer von fünf Versicherungsjahren beantragt wird.
3. Das Versicherungsverhältnis nach Tarif SMART CARE endet
  - wenn die Versicherungsfähigkeit gemäß Buchstabe A. entfällt;
  - mit der Ausübung der Option auf Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung oder einer Krankheitskostenzusatzversicherung für Kosten ambulanter und/oder stationärer Heilbehandlung;
  - mit dem Ablauf der Höchstvertragsdauer;
  - spätestens mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 44. Lebensjahr vollendet hat.
4. Den Eintritt der Versicherungsfreiheit bzw. das Ende der GKV-Mitgliedschaft hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer innerhalb von drei Monaten unter Vorlage entsprechender Nachweise mitzuteilen.
5. Macht der Versicherungsnehmer von der Option nach Ablauf der Höchstvertragsdauer bzw. zum Beginn des auf die Vollendung des 44. Lebensjahres folgenden Kalenderjahres keinen Gebrauch, wird der Vertrag im Tarif 835 (Leistungen für stationäre Heilbehandlung für Mitglieder der GKV) fortgeführt. Wünscht der Versicherungsnehmer keine Fortführung des Vertrages, kann er diesen innerhalb von drei Monaten rückwirkend zum Zeitpunkt des Beginns der Fortführung kündigen.

#### **F. Beitragsraten**

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

§ 8 b AVB/KK 2013 findet keine Anwendung. Bei Verlängerung des Tarifs (vgl. Buchstabe E. 1 und 2) bzw. bei Umstellung auf Tarif 835 gemäß Buchstabe E. 5 wird das zu diesem Zeitpunkt erreichte Eintrittsalter mit dem dann gültigen Beitrag zugrunde gelegt.

Abweichend hiervon gilt für Kinder und Jugendliche § 8 a Teil II Ziff. 2 AVB/KK 2013:

Der Beitrag für Kinder (0 bis 15 Jahre) bzw. Jugendliche (16 bis 20 Jahre) gilt bis zum Ende des Jahres, in dem sie das 15. bzw. 20. Lebensjahr vollenden. Danach ist der Beitrag für das tarifliche Lebensalter 16 - 20 bzw. 21 zu zahlen.