

Tarif CSS.clinic

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

Version 11.2008

Der Tarif CSS.clinic 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.clinic können nur Personen versichert werden, die selbst oder im Rahmen der Familienhilfe 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 Familienhilfe bei einem Träger der deutschen GKV endet.

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

Art. 1 Versicherungsleistungen

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

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlungen in Deutschland, nach Maßgabe des folgenden Satzes auf Heilbehandlungen in der EU.

Für angefallene Kosten einer Heilbehandlung außerhalb von

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

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

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder 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.

Steht eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung im Vordergrund der stationären Heilbehandlung, so besteht Leistungspflicht für maximal vier Wochen der in 12 aufeinanderfolgenden Monaten entstehenden Aufwendungen. Bei einer ambulanten Operation im Krankenhaus fallen unter den Versicherungsschutz die Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen und für Leistungen des Krankenhauses.

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 Ein- oder 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 20 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.

Art. 2 Tarifbeitrag

Monatliche Beitragsraten des Tarifbeitrags in EUR:

Erreichtes Alter	Männer	Frauen
0	4,00	4,00
1	4,00	4,00
2	4,00	4,00
3	4,00	4,00
4	4,00	4,00
5	4,00	4,00
6	4,00	4,00
7	4,00	4,00
8	4,00	4,00
9	4,00	4,00
10	4,00	4,00
11	4,00	4,00
12	4,00	4,00
13	4,00	4,00
14	4,00	4,00
15	6,91	6,93
16	7,99	9,10
17	9,06	11,25
18	10,69	13,91

Erreichtes Alter	Männer	Frauen
19	11,26	14,25
20	15,33	18,92
21	15,36	19,35
22	15,39	19,76
23	15,42	20,15
24	15,44	23,96
25	15,47	27,62
26	15,50	31,14
27	15,53	31,38
28	15,56	31,62
29	15,59	31,87
30	15,62	32,11
31	15,64	32,35
32	15,67	32,59
33	15,70	32,83
34	15,73	33,08
35	16,31	33,32
36	16,90	33,56
37	17,50	33,80
38	18,09	34,05
39	19,68	34,29
40	21,28	34,53
41	22,88	34,77
42	24,45	35,01
43	26,04	35,26
44	27,84	35,50
45	29,68	35,74
46	31,47	36,98
47	33,25	38,23
48	35,02	39,39
49	36,68	41,33
50	38,28	43,22
51	39,86	45,11
52	41,43	46,93
53	42,93	48,68
54	47,70	50,88
55	52,32	52,99
56	56,95	55,15
57	61,44	57,15
58	65,85	59,21
59	68,92	61,03
60	72,02	62,75
61	74,97	64,54

Erreichtes Alter	Männer	Frauen
62	77,78	66,23
63	80,63	67,90
64	84,16	70,86
65	87,52	73,69
66	90,91	76,38
67	94,13	79,04
68	97,27	81,55
69	101,56	85,02
70	105,75	88,42
71	109,74	91,65
72	113,76	94,91
73	117,70	98,00
74	120,88	99,11
75	124,14	100,19
76	127,19	101,13
77	130,31	102,16
78	133,38	103,06
79	136,45	104,06
80	139,52	104,92
81	140,00	105,87
82	140,00	106,50
83	140,00	106,50
84	140,00	106,50
85	140,00	106,50
86	140,00	106,50
87	140,00	106,50
88	140,00	106,50
89	140,00	106,50
90	140,00	106,50
91	140,00	106,50
92	140,00	106,50
93	140,00	106,50
94	140,00	106,50
95	140,00	106,50
96	140,00	106,50
97	140,00	106,50
98	140,00	106,50
99	140,00	106,50
100	140,00	106,50

Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr. Die Altersgruppeneinteilung kann sich bei einer gemäß § 8a Teil I der AVB stattfindenden Beitragsanpassung ändern.

Art. 3 Schadenfreiheitsklassen

Der Tarif sieht 11 Schadenfreiheitsklassen vor:

Klasse	Beitragssatz in % des Tarifgrundbeitrags
SF 0	135
SF 1	128
SF 2	121
SF 3	114
SF 4	107
SF 5	100
SF 6	93
SF 7	86
SF 8	79
SF 9	72
SF 10	65

Der zu einer Schadenfreiheitsklasse gehörige Beitragssatz wird angewendet auf den dem erreichten Alter entsprechenden Tarifbeitrag (also ohne Berücksichtigung eines Tarifzuschlags und eines Risikozuschlags). Zum Versicherungsbeginn erfolgt die Einstufung in die Klasse SF 5. 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 davorliegenden Jahres keine Leistungen aus dem Tarif gezahlt wurden. Maßgebend ist hier der Termin, an dem der Versicherte 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 Schadenfreiheitsrabatt (SFR).

