

# Allgemeine Versicherungsbedingungen der Gruppenversicherung (AVB-G)

**G**

## TARIF SW

### STATIONÄRE ERGÄNZUNGSVERSICHERUNG

#### - WAHLLLEISTUNGEN -

---

#### 1. Stationäre Heilbehandlung und Entbindung

---

##### 1.1 Tarifstufe SW 2

Kostenersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- Gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer. Wird keine gesonderte Unterbringung und Verpflegung berechnet, so wird ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR gezahlt.
- Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung gemäß Ziffer 6.1 sowie Leistungen durch Hebamme und Entbindungspfleger. Wird keine gesonderte Leistung berechnet, so wird ein Krankenhaustagegeld von 50 EUR gezahlt.
- Ersatzweise eine Pauschalleistung von 200 EUR bei ambulanter Entbindung.
- Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr aus der Versicherung des Kindes, sofern auch die Begleitperson nach einem Krankheitskostentarif des privaten Versicherers versichert ist.

##### 1.2 Tarifstufe SW 1

Kostenersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- Gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer. Werden anstelle der Unterbringung und Verpflegung im Einbettzimmer die Unterbringung und Verpflegung im Zweibettzimmer gesondert berechnet, so wird ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR gezahlt.  
Wird keine gesonderte Unterbringung und Verpflegung berechnet, so wird ein Krankenhaustagegeld von 50 EUR gezahlt.
- Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung gemäß Ziffer 6.1 sowie Leistungen durch Hebamme und Entbindungspfleger. Wird keine gesonderte Leistung berechnet, so wird ein Krankenhaustagegeld von 50 EUR gezahlt.
- Ersatzweise eine Pauschalleistung von 270 EUR bei ambulanter Entbindung.
- Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr aus der Versicherung des Kindes, sofern auch die Begleitperson nach einem Krankheitskostentarif des privaten Versicherers versichert ist.

---

## **2. Monatliche Beiträge**

---

- 2.1 Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsausweis bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsausweis.
- 2.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 17 Abs. 4 AVB-G.
- 2.3 Für die versicherte Person, die das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe bzw. des nächsthöheren Alters zu zahlen.

---

## **3. Beitragsrückerstattung**

---

- 3.1 Von dem satzungsgemäß ermittelten Überschuss eines Geschäftsjahres (Kalenderjahres) werden mindestens 80 % einer Rückstellung zugeführt, die ausschließlich für Zwecke der Beitragsrückerstattung verwendet wird (Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung). Der Versicherer kann außer der Auszahlung auch die Verwendung zur Beitragssenkung oder zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen wählen. Welche Tarife oder Tarifkombinationen an der Beitragsrückerstattung teilnehmen und in welcher Höhe, wird vom Versicherer jährlich mit Zustimmung des Treuhänders entschieden.
- 3.2 Wird für die vereinbarten Tarife eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorgesehen, besteht ein Anspruch für jede Versicherung, wenn
- für das Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erbracht worden sind (Versicherungsleistungen sind auch die gesetzlichen Ausgleichsleistungen; einmal erbrachte Versicherungsleistungen werden von Ersatz- oder Ausgleichsleistungen Dritter an den Versicherer nicht berührt);
  - die Versicherung während des ganzen Geschäftsjahres in dem betreffenden Tarifverband bestanden hat und am 30. Juni des folgenden Geschäftsjahres noch immer besteht (die zweite Voraussetzung entfällt, wenn die Versicherung nach § 14 Abs. 1 d oder Abs. 3 AVB-G geendet hat);
  - die Beiträge, die während des Geschäftsjahres fällig geworden sind, bis zum 31. Dezember vollständig entrichtet sind.
- 3.3 Die Beitragsrückerstattung nach Abs. 2 kann nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, in denen die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt worden sind, gestaffelt werden.
- 3.4 Eine Beitragsrückerstattung nach Abs. 2 erfolgt nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres.
- 3.5 Der Versicherer ist berechtigt, die Gewinnbeteiligung in Form einer Beitragsgutschrift durchzuführen.

---

## **4. Beitragsanpassung**

---

- 4.1 Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung bei den Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst; bei einer Abweichung von mehr als 5 % können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Ergibt die Gegenüberstellung bei der Sterbewahrscheinlichkeit eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2 AVB-G) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basisstarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2 AVB-G) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.
- 4.2 Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- 4.3 Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherten folgt.

---

## 5. Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

---

Es gilt § 3 Abs. 3 AVB-G, soweit dieser nicht durch die nachstehende Bestimmung ergänzt oder geändert wird:

Abweichend von § 3 Abs. 3 AVB-G gewährt der private Versicherer bei vorübergehendem Aufenthalt (bis zu drei Monaten) im außereuropäischen Ausland Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihres Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz über drei Monate hinaus.

---

## 6. Umfang und Einschränkung der Leistungspflicht

---

Es gelten die §§ 6 und 7 AVB-G, soweit diese nicht durch die nachstehenden Bestimmungen ergänzt oder geändert werden:

- 6.1 In Krankenhäusern, die nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnen, gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (ortsüblicher und angemessener Zuschlag zum Pflegesatz) sowie die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen. In Krankenhäusern, die nicht nach der BpflV abrechnen, gelten als Wahlleistung die zusätzlichen ortsüblichen und angemessenen Kosten für ein Ein- oder Zweibettzimmer sowie die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.
- 6.2 Mehrkosten, die durch eine abweichende Honorarvereinbarung entstanden sind, werden nicht erstattet, es sei denn, der private Versicherer hat solche Mehrkosten vor Beginn der Behandlung schriftlich als erstattungsfähig anerkannt.
- 6.3 Der private Versicherer wird sich abweichend von § 6 Abs. 5 AVB-G auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:
- a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erforderten, oder
  - b) es sich um eine Notfalleinweisung handelte, oder
  - c) die Krankenanstalt das einzige Versorgungs Krankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person war, oder
  - d) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.
- 6.4 § 6 Abs. 7 AVB-G findet keine Anwendung.
- 6.5 Abweichend von § 7 Abs. 1 b) AVB-G werden die Kosten für die stationäre Entgiftung zur Vorbereitung einer Entziehungsmaßnahme erstattet.
- 6.6 Die Kosten einer Rehabilitationsmaßnahme werden in Abänderung von § 7 Abs. 1 d) AVB-G erstattet, soweit diese nicht von einem gesetzlichen Rehabilitationsträger übernommen werden. Ein (Ersatz-)Krankenhaus-tagegeld wird nicht gewährt. § 7 Abs. 1 da) AVB-G findet keine Anwendung.

---

## 7. Auszahlung der Versicherungsleistungen

---

Es gilt § 9 AVB-G, soweit dieser nicht durch die nachstehende Bestimmung ergänzt oder geändert wird:

Ergänzend zu § 9 Abs. 8 AVB-G werden Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein inländisches Konto und Kosten für Übersetzungen nicht von den Leistungen abgezogen.

---

## 8. Obliegenheiten

---

Es gilt § 10 AVB-G, soweit dieser nicht durch die nachstehende Bestimmung ergänzt oder geändert wird:

Abweichend von § 10 Abs. 1 AVB-G wird auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung verzichtet.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:  
Kundenservice Center 0 18 01/358 100\*

(\*3,9 Ct/Min. aus dem dt. Festnetz; max. 42 Ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen)