

Sonderbedingungen für Mitglieder der Initiative Gesundversichert e.V.

Versicherer	Leistungspaket (Tarif)	Sonderbedingungen für Mitglieder der Initiative Gesundversichert e.V.	
Württembergische Krankenversicherung AG Gutenbergstraße 30 70163 Stuttgart	Krankenhaussschutz Leistungsstufe K2R (Tarif SZR)	<p>Die Sonderbedingungen beinhalten Zusatzeistungen, Mehrleistungen und Klarstellungen zu den Versicherungs- und Tarifbedingungen. Diese sind mit dem lachenden Zahn gekennzeichnet.</p> <p>Die Auswertungen (Punkte 1. bis 7.) wurden von der Württembergischen Krankenversicherung AG geprüft und werden bei Antragsannahme als Vertragsbestandteil dokumentiert.</p> <p>Eine Kopie des Mitgliedsantrags der Initiative Gesundversichert e.V. ist bei Antragstellung einzureichen.</p>	

1. Arzt			
1.1 Freie Arztwahl	Hinweis: Sie haben die freie Arztwahl für im Tarif versicherte Krankenhausbehandlungen.	✓	
1.2 Erstattungssatz bei wahlärztlichen Leistungen (Chefarzt)	Hinweis: 100% wahlärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.	100%	
1.3 Erstattungssatz bei wahlärztlichen Leistungen (Chefarzt) ohne GKV-Vorleistung	Hinweis: 100% wahlärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind auch ohne GKV-Vorleistung.	100%	
1.4 Erstattung wahlärztliche Leistungen (Chefarzt) auch über den Höchstsatz der Gebührenordnung 3,5-fach (GOÄ)	Hinweis: Erstattungsfähig sind ärztliche Leistungen über die in der GOÄ festgelegten Höchstsätze hinaus, soweit eine den Anforderungen der GOÄ entsprechende Honorarvereinbarung zugrunde liegt.	✓	
1.5 Erstattung von Ersatzkrankenhausgeld bei Verzicht auf wahlärztliche- und belegärztliche Leistungen	Hinweis: Verzichten Sie auf eine wahlärztliche Leistung (Chefarzt) oder belegärztliche Leistung, erstattet Ihnen der Versicherer aus diesem Tarif ein Ersatzkrankhaustagegeld.	50 Euro pro Tag	
1.6 Erstattungssatz bei Belegarztbehandlung	Hinweis: 100% belegärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.	100%	
1.7 Erstattungssatz bei Belegarztbehandlung ohne GKV-Vorleistung	Hinweis: 100% belegärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind auch ohne GKV-Vorleistung	100%	
1.8 Erstattung für Belegarzt auch über den Höchstsatz der Gebührenordnung 3,5-fach (GOÄ)	Hinweis: 100% belegärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind. Erstattungsfähig sind ärztliche Leistungen über die in der GOÄ festgelegten Höchstsätze hinaus, soweit eine den Anforderungen der GOÄ entsprechende Honorarvereinbarung zugrunde liegt.	✓	
1.9 Erstattungssatz für ambulante Operationen	Hinweis: Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem nach § 115b SGB V erstellten Katalog. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.	100%	
1.10 Erstattungssatz für ambulante Operationen ohne GKV-Vorleistung	Hinweis: Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem nach § 115b SGB V erstellten Katalog. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen ohne GKV-Vorleistung, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert. Um Vorleistungen der GKV gekürzt.	100%	
1.11 Erstattung für wahlärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen auch über den Höchstsatz der Gebührenordnung 3,5-fach (GOÄ)	Hinweis: 100% wahlärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind. Erstattungsfähig sind wahlärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen auch über die in der GOÄ festgelegten Höchstsätze hinaus, soweit eine den Anforderungen der GOÄ entsprechende Honorarvereinbarung zugrunde liegt.	✓	

1.12	Erstattungssatz für vorstationäre Behandlung <u>Hinweis:</u> Die Kostenerstattung einer vorstationären Behandlung oder Voruntersuchung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt.	100%	
1.13	Erstattungssatz für vorstationäre Behandlung <u>ohne</u> GKV-Leistung <u>Hinweis:</u> Die Kostenerstattung einer vorstationären Behandlung oder Voruntersuchung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt.	100%	
1.14	Erstattungssatz für nachstationäre Behandlung <u>Hinweis:</u> Die Kostenerstattung für nachstationäre Behandlungen oder Abschlussuntersuchungen ist auf sieben Behandlungstage innerhalb von vierzehn Tagen, bei Organtransübertragungen innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung begrenzt.	100%	
1.15	Erstattungssatz für nachstationäre Behandlung <u>ohne</u> GKV-Leistung <u>Hinweis:</u> Die Kostenerstattung für nachstationäre Behandlungen oder Abschlussuntersuchungen ist auf sieben Behandlungstage innerhalb von vierzehn Tagen, bei Organtransübertragungen innerhalb von drei Monaten nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung begrenzt.	100%	
1.16	Erstattungssatz für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung <u>Hinweis:</u> Erstattungsfähig sind 100% der Aufwendungen für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen für die ambulant unmittelbar vor oder nach einer ersatzpflichtigen vollstationären Krankenhausbehandlung durchgeführte Aufnahme- und Abschlussuntersuchung.	100%	
1.17	Erstattungssatz für ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung <u>ohne</u> GKV-Vorleistung <u>Hinweis:</u> Erstattungsfähig sind 100% der Aufwendungen für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen für die ambulant unmittelbar vor oder nach einer ersatzpflichtigen vollstationären Krankenhausbehandlung durchgeführte Aufnahme- und Abschlussuntersuchung auch <u>ohne</u> Vorleistung der GKV.	100%	
1.18	Erstattungssatz für stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) <u>Hinweis:</u> Kann die Anschlussheilbehandlung nicht ambulant durchgeführt werden, sind gesondert berechnete Leistungen von Beleg- oder Wahlärzten sowie gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer während einer Anschlussheilbehandlung (AHB) erstattungsfähig.	100%	
1.19	Erstattungssatz für stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB) <u>ohne</u> GKV-Vorleistung <u>Hinweis:</u> Kann die Anschlussheilbehandlung nicht ambulant durchgeführt werden, sind gesondert berechnete Leistungen von Beleg- oder Wahlärzten sowie gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer während einer Anschlussheilbehandlung (AHB) erstattungsfähig auch <u>ohne</u> Vorleistung der GKV.	100%	

2. Krankenhaus			
2.1	Freie Krankenhauswahl <u>Hinweis:</u> Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen, sowie Bundeswehrkrankenhäusern.	✓	
2.2	Erstattungssatz für Unterbringung im Zwei-Bettzimmer	100%	
2.3	Erstattungssatz für Unterbringung im Zwei-Bettzimmer <u>ohne</u> GKV-Vorleistung	100%	
2.4	Erstattungssatz für Unterbringung im Ein-Bettzimmer	Keine Erstattung	
2.5	Erstattungssatz für Unterbringung im Ein-Bettzimmer <u>ohne</u> GKV-Vorleistung	Keine Erstattung	
2.6	Leistung in Privatkliniken, die nicht nach BPfIV und KHEntgG abrechnen <u>Hinweis:</u> Bei sogenannten Privatkliniken handelt es sich um Krankenhäuser, die keine Zulassung zur Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) haben.	100%	
2.7	Leistung in Privatkliniken, die nicht nach BPfIV und KHEntgG abrechnen <u>ohne</u> GKV-Vorleistung <u>Hinweis:</u> Bei sogenannten Privatkliniken handelt es sich um Krankenhäuser, die keine Zulassung zur Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) haben. Manche Behandlungsmethoden sind für die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen.	100%	
2.8	Leistung auch bei Akut-Behandlungen in sogenannten gemischten Heilanstalten, die keine reinen Krankenhäuser sind, <u>ohne</u> dass Sie als Patient vorher eine schriftliche Zusage benötigen <u>Hinweis:</u> Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen in gemischten Krankenanstalten im Fall von Operationen, Entbindungen, Fehlgeburten sowie nicht rechtsrechtswidrigen Schwangerschaftsabbrüchen wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation ist keine vorherige schriftliche Zusage durch den Versicherer erforderlich.	✓	

2.9	Erstattung der Differenzkosten bei freier Krankenhauswahl (nach BPfIV und KHEntG) <u>Hinweis:</u> Erstattungsfähig sind 100% der Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen in Deutschland, die der versicherten Person dadurch entstehen, dass sie ein anderes als das in der Einweisung des gesetzlichen Versicherungsträgers genannten Krankenhaus gewählt hat.	
2.10	Stationärer Transport auch bei einer Verlegung mitversichert <u>Hinweis:</u> Erstattungsfähig ist die Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands, das dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) unterliegt. Das gilt auch, wenn diese Transporte nicht medizinisch notwendig sind (z.B. mit Pflege, Ausstattung oder Ärzten nicht zufrieden). Voraussetzung ist, dass die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens sieben Tage andauern wird. Die Leistung wird um Vorleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder anderer Kostenträger gekürzt.	
2.11	Höhe des Krankenhaustagegeldes bei einer Nichtinanspruchnahme des Zwei-Bettzimmers <u>Hinweis:</u> Verzichtet der Versicherungsnehmer für die gesamte Dauer eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes auf Kostenerstattung für vereinbare Wahlleistung Unterkunft, wird je Tag ein Ersatz-Krankenhaustagegeld gezahlt.	30 Euro pro Tag
2.12	Höhe des Krankenhaustagegeldes bei einer Nichtinanspruchnahme des Zwei-Bettzimmers bei Kindern <u>Hinweis:</u> Manche Tarife erstatten bei Kindern nur die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes. Bei diesem Tarif ist das nicht der Fall.	30 Euro pro Tag
2.13	Höhe des Krankenhaustagegeldes bei einer Nichtinanspruchnahme des Ein- und Zwei-Bettzimmers <u>Hinweis:</u> Verzichtet der Versicherungsnehmer für die gesamte Dauer eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes auf Kostenerstattung für vereinbare Wahlleistung Unterkunft, wird je Tag ein Ersatz-Krankenhaustagegeld gezahlt.	30 Euro pro Tag
2.14	Höhe des Krankenhaustagegeldes bei einer Nichtinanspruchnahme des Ein- und Zwei-Bettzimmers bei Kindern <u>Hinweis:</u> Manche Tarife erstatten bei Kindern nur die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes. Bei diesem Tarif ist das nicht der Fall.	30 Euro pro Tag
2.15	Höhe des Krankenhaustagegeldes bei einer Nichtinanspruchnahme des Ein-Bettzimmers aber Inanspruchnahme des Zwei-Bettzimmers <u>Hinweis:</u> Verzichtet der Versicherungsnehmer für die gesamte Dauer eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes auf Kostenerstattung für vereinbare Wahlleistung Ein-Bettzimmer und nimmt dafür ein Zwei-Bettzimmer, wird je Tag ein Ersatz-Krankenhaustagegeld gezahlt.	Keine Erstattung
2.16	Höhe des Krankenhaustagegeldes bei einer Nichtinanspruchnahme des Ein-Bettzimmers aber Inanspruchnahme des Zwei-Bettzimmers bei Kindern <u>Hinweis:</u> Manche Tarife erstatten bei Kindern nur die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes. Bei diesem Tarif ist das nicht der Fall.	Keine Erstattung
2.17	Erstattung der Gebühr für die Sanitärzone (z.B. separate Dusche, separates WC) <u>Hinweis:</u> Manche Krankenhäuser bieten Komfortleistungen, wie allein zu nutzende Dusche und WC an.	
2.18	Erstattung der Gebühr für sonstige Ausstattung (z.B. Komfortbetten, Telefon, Farbfernseher) <u>Hinweis:</u> Manche Krankenhäuser bieten Komfortleistungen wie elektrisch verstellbares Komfortbett, kostenfreie TV-Nutzung, kostenloser Internetzugang an.	
2.19	Erstattung der Gebühr für Größe und Lage (z.B. besondere Zimmergröße, Balkon/Terrasse) <u>Hinweis:</u> Manche Krankenhäuser bieten Komfortleistungen wie besondere Zimmergröße oder Zimmer mit Balkon an. Erstattet werden keine Luxus-Suiten oder Zimmer mit Luxusausstattung.	
2.20	Erstattung der Gebühr für besondere Verpflegung (z.B. Wahlverpflegung, Zusatzverpflegung) <u>Hinweis:</u> Manche Krankenhäuser bieten Komfortleistungen wie zusätzliche Auswahl zum Frühstück und Abendessen, täglich frisches Obst und Mineralwasser im Zimmer an.	
2.21	Erstattung der Gebühr besonderen Service (z.B. häufiger Handtuchwechsel, Tageszeitung) <u>Hinweis:</u> Manche Krankenhäuser bieten Komfortleistungen wie Bademantel für die Dauer des Aufenthalts oder zweimal wöchentlich einen Handtuchwechsel und Gästeschuhe an.	
2.22	Aushändigung einer Versichertenkarte (direkte Abrechnung zwischen Krankenhaus und Versicherer) <u>Hinweis:</u> Der Versicherungsnehmer erhält vom Versicherer eine Versichertenkarte für die direkte Abrechnung zwischen Krankenhaus und dem Versicherer.	

3.	Kinder		
3.1	Angeborene Anomalien und Gebrechen ab Geburt mitversichert <u>Hinweis:</u> Wenn ein Elternteil am Tag der Geburt mindestens 3 Monate versichert war und die Versicherung für das Kind spätestens 2 Monate nach der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt angemeldet wird, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.		Der Tarif ist erst ab Eintrittsalter 21 abschließbar.
3.2	Die Adoption eines Kindes wird einer Geburt gleichgesetzt <u>Hinweis:</u> Sofern das Kind zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist und wenn ein Elternteil am Tag der Adoption mindestens 3 Monate versichert war und die Versicherung für das Adoptivkind spätestens 2 Monate nach der Adoption rückwirkend zum Tag der Adoption angemeldet wird.		Der Tarif ist erst ab Eintrittsalter 21 abschließbar.
3.3	Rooming-In für Kinder mitversichert <u>Hinweis:</u> Bei stationärer Heilbehandlung eines Kindes bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres werden auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines als Begleitperson mit aufgenommenem Elternteils zu 100% erstattet. Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson sind durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.		Der Tarif ist erst ab Eintrittsalter 21 abschließbar.
3.4	Rooming-In für Kinder <u>ohne</u> Begrenzung der Aufenthaltsdauer für die Begleitperson <u>Hinweis:</u> Bei manchen Tarifen ist die Aufenthaltsdauer für eine Begleitperson auf 5 Tage oder maximal 10 Tage je Kalenderjahr begrenzt.		Der Tarif ist erst ab Eintrittsalter 21 abschließbar.
3.5	Erstattung bei einer Entbindung <u>Hinweis:</u> Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung bei einer Entbindung. Es gilt eine besondere Wartezeit von 8 Monaten.		✓
3.6	Erstattung bei einer Fehlgeburt <u>Hinweis:</u> Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine medizinisch notwendige vollstationäre Heilbehandlung bei einer Fehlgeburt. Es gilt eine besondere Wartezeit von 8 Monaten.		✓
3.7	Erstattung für Beleghebammen und Entbindungsfpfleger nach der Hebammen-Gebührenverordnung <u>Hinweis:</u> Erstattungsfähig sind Leistungen der Beleghebamme/des Belegenbindungsfpflegers sowie der freiberuflichen Hebammen und Entbindungsfpfleger, soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.		✓
3.8	Erstattung für eine stationäre Kinderwunschbehandlung <u>Hinweis:</u> Als Versicherungsfall gilt auch eine medizinisch notwendige Kinderwunschbehandlung durch einen Arzt, wenn aus medizinischen Gründen ein Krankenaufenthalt notwendig ist und diese durch die GKV zugesagt ist.	✓	
3.9	Erstattung für eine stationäre Abtreibung mitversichert <u>Hinweis:</u> Als Versicherungsfall gilt auch ein medizinisch notwendiger als auch ein nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt.	✓	
3.10	Erstattung für eine stationäre Sterilisation mitversichert <u>Hinweis:</u> Als Versicherungsfall gilt auch eine medizinisch notwendige Sterilisation durch einen Arzt.	✓	
4.	Sonderleistungen		
4.1	Erstattung für eine stationäre Psychotherapie	✓	
4.2	Erstattung für wahlärztliche Leistungen (Chefarzt) bei Psychotherapie auch <u>über</u> den Höchstsatz der Gebührenordnung 3,5-fach (GOÄ) <u>Hinweis:</u> Erstattungsfähig sind ärztliche Leistungen <u>über</u> die in der GOÄ festgelegten Höchstsätze hinaus, soweit eine den Anforderungen der GOÄ entsprechende Honorarvereinbarung zugrunde liegt.	✓	
4.3	Bei stationärer Psychotherapie ist im Vorfeld keine Genehmigung erforderlich <u>Hinweis:</u> Akutstationäre Krankenaufenthalte bei Psychotherapie bedürfen keiner vorherigen Genehmigung.	✓	
4.4	Keine Begrenzung der Tage bei stationärer Psychotherapie <u>Hinweis:</u> Die Dauer bei einer stationären Psychotherapie ist nicht auf eine Anzahl von Tagen begrenzt.	✓	
4.5	Medizinisch notwendige kosmetische Operationen sind mitversichert <u>Hinweis:</u> Die Kosten für eine kosmetische Operation sind dann mitversichert, wenn sie medizinisch notwendig sind und auf Verbrennungen oder einem Unfall beruhen und ein Krankenaufenthalt medizinisch notwendig ist.	✓	
4.6	Kriegsereignisse sind mitversichert <u>Hinweis:</u> Wenn die Krankheit oder der Unfall im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthalts innerhalb und außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.	✓	

4.7	Terrorereignisse sind mitversichert <u>Hinweis:</u> Wenn die Krankheit oder der Unfall im Zusammenhang mit Terrorereignissen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthalts innerhalb und außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.		
5. Bedingungen			
5.1	Der Tarif kann als Ergänzung zu einer PKV (private Krankenversicherung) bei einem anderen Versicherer abgeschlossen werden, wenn dort nur ein Mehrbettzimmer ohne Chefarzt versichert ist <u>Hinweis:</u> Bei manchen PKV-Tarife ist nur ein Basis-Schutz abgesichert. Wer zusätzlich von einem Spezialisten behandelt und im Ein-Bettzimmer liegen möchte kann diesen Tarif zusätzlich als Ergänzung abschließen.		
5.2	Der Tarif ist auch für Versicherte der Freien Heilfürsorge abschließbar		
5.3	Ein Krankenhausaufenthalt muss nicht innerhalb von zehn Tagen beim Versicherer gemeldet werden <u>Hinweis:</u> Gemäß § 9 (1) Teil II AVB wird auf die Anzeigepflicht einer Krankenhausbehandlung verzichtet.		
5.4	Geltungsbereich Europa <u>Hinweis:</u> Erstattungsfähig sind Aufwendungen einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung außerhalb Deutschlands, nach Abzug der vom Sozialversicherungsträger zu erbringenden Vorleistung, bis zu höchstens 150 Euro je Verweiltag im Krankenhaus. Aufwendungen, die über diesem Satz liegen, sind erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer dies zuvor schriftlich zugesagt hat oder wenn der Versicherungsfall akut während einer Auslandsreise eingetreten ist.		
5.5	Geltungsbereich weltweit <u>Hinweis:</u> Erstattungsfähig sind Aufwendungen einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung außerhalb Deutschlands, nach Abzug der vom Sozialversicherungsträger zu erbringenden Vorleistung, bis zu höchstens 150 Euro je Verweiltag im Krankenhaus. Aufwendungen, die über diesem Satz liegen, sind erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer dies zuvor schriftlich zugesagt hat oder wenn der Versicherungsfall akut während einer Auslandsreise eingetreten ist.		
5.6	Leistung im Ausland <u>Hinweis:</u> Erstattungsfähig sind Aufwendungen einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung außerhalb Deutschlands, nach Abzug der vom Sozialversicherungsträger zu erbringenden Vorleistung, bis zu höchstens 150 Euro je Verweiltag im Krankenhaus. Aufwendungen, die über diesem Satz liegen, sind erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer dies zuvor schriftlich zugesagt hat oder wenn der Versicherungsfall akut während einer Auslandsreise eingetreten ist.		
5.7	Leistung im Ausland <u>ohne</u> GKV-Vorleistung <u>Hinweis:</u> Erstattungsfähig sind Aufwendungen einer medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausbehandlung außerhalb Deutschlands bis zu höchstens 150 Euro je Verweiltag im Krankenhaus. Aufwendungen, die über diesem Satz liegen, sind erstattungsfähig, wenn und soweit der Versicherer dies zuvor schriftlich zugesagt hat oder wenn der Versicherungsfall akut während einer Auslandsreise eingetreten ist.		
6. Sonstiges			
6.1	Möglichkeit einer Beitragsfreistellung des Vertrages <u>Hinweis:</u> Der Versicherungsnehmer kann mit dem Versicherer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten für einen Zeitraum von bis zu sechs Monaten vereinbaren, wenn Arbeitslosigkeit besteht.		
6.2	Wechsel in die Leistungsstufe Krankenhausschutz K2 (Tarif SZ), ohne erneute Gesundheitsprüfung, ohne erneute Wartezeiten (Anrechnung der Versicherungszeit seit Abschluss des Vertrages) <u>Hinweis:</u> Nach einer Vertragslaufzeit von mindestens fünf Jahren, längstens aber bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres, haben Sie jederzeit das Recht, auf Antrag zum 01. des auf die Antragstellung folgenden Monats in den Krankenhausschutz K2 (Tarif SZ) mit Alterungsrückstellungen zu wechseln.		
6.3	Wechsel in die höhere Leistungsstufe Krankenhausschutz K1R (Tarif SZR + SZE), mit erneuter Gesundheitsprüfung, ohne erneute Wartezeiten (Anrechnung der Versicherungszeit seit Abschluss des Vertrages) <u>Hinweis:</u> Sie können mit erneuter Gesundheitsprüfung von dem Krankenhausschutz K2R mit Zwei-Bettzimmer in den Krankenhausschutz K1R mit Ein-Bettzimmer wechseln.		
6.4	Der Tarif sieht eine altersabhängigen Beitragsanpassungen vor <u>Hinweis:</u> Der Beitrag im Tarifbaustein (SZR) steigt mit Erreichen der Alter 31, 41, 51 und 61.		
6.5	Verzicht auf die allgemeine Wartezeit <u>Hinweis:</u> Die allgemeine Wartezeit beträgt bei den meisten Tarifen 3 Monate. Wir verzichten auf die allgemeine Wartezeit. Auf die besondere Wartezeit für Entbindung, Psychotherapie und Kieferorthopädie von 8 Monate wird nicht verzichtet. Für Behandlungen, die in der Wartezeit begonnen wurden, besteht kein Leistungsanspruch.		
6.6	Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht <u>Hinweis:</u> Gemäß §14 (2) MB/KK 2009 kann der Versicherer innerhalb der ersten drei Vertragsjahre den Vertrag ordentlich kündigen. Der Neuabschluss einer anderen Krankenhauszusatzversicherung ist dann vielleicht (aus gesundheitlichen Gründen) nicht mehr möglich oder wegen des höheren Eintrittsalters entsprechend teurer.		
6.7	Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Jahre <u>Hinweis:</u> Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.		

7.	Nicht versicherte Aufwendungen
	<input type="checkbox"/> Rehabilitationsmaßnahmen sind nicht mitversichert <input type="checkbox"/> Kurleistungen sind nicht mitversichert <input type="checkbox"/> Rücktransport aus dem Ausland ist nicht mitversichert <input type="checkbox"/> Überführung oder Bestattung bei Auslandsreisen ist nicht mitversichert <input type="checkbox"/> Kosmetische Operationen, die nicht medizinisch notwendig sind <input type="checkbox"/> Transportkosten zum und vom Krankenhaus sind nicht mitversichert (außer bei einer Verlegung) <input type="checkbox"/> Teilstationäre Behandlung ist nicht mitversichert <input type="checkbox"/> Entziehungsmaßnahmen (einschließlich der Entgiftung) <input type="checkbox"/> Aufwendungen in Zusammenhang mit vollstationären Aufenthalten oder ambulanten Operationen für Behandlungen wegen Zahner- satz sind nicht mitversichert

Wichtige Hinweise:

Diese Übersicht kann die versicherten Leistungen nur auszugsweise wiedergeben. Die ausführlichen und rechtlich verbindlichen Regelungen entnehmen Sie bitte den entsprechenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den Tarifbedingungen, dem Produktinformationsblatt IPID, den Kundeninformationen sowie eventuell weiteren Tarifinformationen in der zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses aktuellen Fassung.

Berechtigter Personenkreis:

Diese Sonderbedingungen gelten nur für Mitglieder der „Initiative Gesundversichert e.V.“, deren Ehegatten und Lebensgefährten, sofern diese mit dem Mitglied in häuslicher Gemeinschaft leben, sowie Kinder des Mitgliedes oder seines Ehegatten oder seines Lebensgefährten, solange sie dem Mitglied oder seinem Ehegatten oder seinem Lebensgefährten gegenüber unterhaltsberechtigt sind. Scheidet eine versicherte Person aus dem Kreise der berechtigten Personen aus, wird das Versicherungsverhältnis unter Anrechnung der bis zu diesem Zeitpunkt erworbenen Rechte und Alterungsrückstellungen zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortgesetzt.

Gesprächs- und Beratungsdokumentation

Name, Vorname Anschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, diese Auswertung erhalten zu haben. Alle angegebenen Leistungspunkte wurden besprochen. Insbesondere wurde detailliert dargestellt, ob und in welchem Leistungsumfang die in der persönlichen Analyse vom _____ als „Wichtig“ oder „Sehr Wichtig“ dargestellten Leistungspunkte erfüllt sind.

Notizen / Anmerkungen

Gesprächstermin/ e und Gesprächsteilnehmer

Termin am	von	bis	Gesprächsteilnehmer

Alle meine Fragen wurden vollumfänglich beantwortet.

Ort _____, Datum _____

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift weitere/ r Gesprächsteilnehmer/ in

Unterschrift Vermittler