

## Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die betriebliche Krankenversicherung (Debeka-bKV) Teil I bis III

### Teil I A Versicherungsbedingungen Teil I B Tarifbedingungen

- Stand: 1. August 2022 -

#### Tarif WKplusFam-F

##### 1 Versicherungsleistungen

###### 1.1 Wahlleistungen

1.1.1 Mit 100 % erstattet der Versicherer Aufwendungen für Wahlleistungen bei einer stationären Krankenhausbehandlung und stationären Entbindung in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung (BPfV) beziehungsweise dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der jeweils gültigen Fassung unterliegen.

Als Wahlleistungen gelten: Gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer, gesondert berechenbare ärztliche Behandlung, auch in einem Krankenhaus im Ausland.

1.1.2 Mit 100 % erstattet der Versicherer Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer.

1.1.3 Nimmt die versicherte Person für die gesamte Dauer der stationären Krankenhausbehandlung keine Wahlleistungen in Anspruch, zahlt der Versicherer ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 80 Euro. Wenn die versicherte Person für die gesamte Dauer der stationären Behandlung anstelle des Einbettzimmers ein Zweibettzimmer wählt, zahlt der Versicherer ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 Euro.

1.1.4 Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld nach der Nummer 1.1.3 gezahlt.

###### 1.2 Ambulante Operationen

1.2.1 Mit 100 % erstattet der Versicherer Aufwendungen für privatärztliche Leistungen für ambulante Operationen in einem Krankenhaus, soweit dadurch eine stationäre Krankenhausbehandlung im Sinne von § 4 Abs. 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I Abschnitt A) ersetzt wird. Unterliegt das Krankenhaus nicht der BPfV oder dem KHEntgG, besteht keine Leistungspflicht. Dies gilt nicht bei einer ambulanten Operation in einem Krankenhaus im Ausland.

1.2.2 Verzichtet die versicherte Person auf die Inanspruchnahme der Leistungen, wird einmalig ein Betrag von 80 Euro gezahlt.

##### 1.3 Vor- und nachstationäre Behandlung

Mit 100 % erstattet der Versicherer gesondert berechenbare Leistungen für die vor- und nachstationäre Behandlung. Für die vorstationäre Behandlung sind Leistungen auf längstens drei Behandlungstage vor der stationären Krankenhausbehandlung und für die nachstationäre Behandlung auf längstens sieben Behandlungstage im unmittelbaren Anschluss an eine stationäre Krankenhausbehandlung begrenzt. Als unmittelbar gilt der Anschluss, wenn die nachstationäre Behandlung innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung beginnt. Zustehende Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder anderer Leistungsträger werden in Abzug gebracht.

###### Anmerkung zu 1.1 bis 1.3

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, die der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in den jeweils gültigen Fassungen entsprechen.

Von den Gebührenordnungen abweichende Vergütungen (zum Beispiel, wenn Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütungen fehlen) und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen erstattet der Versicherer nicht.

##### 2 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind der Ehegatte oder Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz sowie Kinder eines Mitarbeiters. Weitere Voraussetzung ist, dass zwischen dem Arbeitgeber des Mitarbeiters und der Debeka ein Gruppenversicherungsvertrag besteht und die unter 1.2 des Vertrages festgelegten Merkmale vorliegen und die zu versichernde Person beim Versicherer angemeldet ist.

##### 3 Ende der Versicherung

Die Versicherung endet – unbeschadet des § 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I Abschnitt A) – mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Nummer 2 zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.