

Teilnahmeerklärung

Mitglied

Name*		Vorname*		Geburtsdatum*	
PLZ*	Ort*	Straße*		Hausnummer*	Versichertennummer
E-Mail				Telefonnummer	

Ich erkläre hiermit die Teilnahme am AGIDA-Wahltarif 1 & 2 Bettzimmer zum * mit eigener Prämie für

 mich selbst

 meine familienversicherten Angehörigen:

Tarifausprägung*

Name	Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> Zweibettzimmer	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer
Name	Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> Zweibettzimmer	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer
Name	Vorname	Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> Zweibettzimmer	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer

Die Prämie soll* monatlich jährlich (minus 4% Skonto) abgerufen werden.

SEPA-Lastschriftmandat für wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer der AOK Hessen: DE65AOK00000018490. Die Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt. Ich ermächtige die AOK Hessen, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der AOK Hessen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name Kontoinhaber/-in*		Vorname Kontoinhaber/-in*	
PLZ*	Ort*	Straße*	Hausnummer*
IBAN*		BIC (bei ausländischer Bankverbindung)	
Datum*	Ort*	Unterschrift Kontoinhaber/-in*	

Bitte verwenden Sie diese Bankverbindung auch für die Überweisung eines Erstattungsbetrages. Ich werde AGIDA, die Direkte der AOK Hessen, auf dem neusten Stand halten und informieren, sobald sich meine Angaben ändern.

Ich habe die Informationen zum AGIDA-Wahltarif 1 & 2 Bettzimmer (Teilnahmebedingungen auf der Rückseite) zur Kenntnis genommen. Dort sind meine Rechte und Pflichten aus der Satzung der AOK Hessen beschrieben. Mit den Regelungen bin ich einverstanden.

Datenschutzhinweis: Wir benötigen für die Bearbeitung des Formulars einige persönliche Angaben. Einige Felder sind entsprechend als Pflichtfelder (*) markiert. Zur Erleichterung der Kontaktaufnahme mit Ihnen bitten wir Sie auch um Angabe Ihrer Telefonnummer bzw. Ihrer E-Mail-Adresse. Fehlende, falsche, nicht rechtzeitig oder unvollständig eingereichte Angaben können zu nachteiligen Folgen (§§ 60 ff. SGB I, §§ 206 Abs. 2 und 307 SGB V) führen.

Einwilligung zu Informationen: Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige AOK meine angegebenen Daten speichert und nutzt, um mich über die Vorteile, Leistungen und Neuigkeiten von AGIDA, der AOK sowie zu privaten Zusatzversicherungen von Vertragspartnern der AOK informieren und beraten zu können und um Meinungsforschungen durchzuführen, auch per E-Mail, Telefon oder SMS. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Datum	Unterschrift des Mitglieds (bei Mitgliedern unter 18 Jahren unterschreibt der/die gesetzliche Vertreter/-in)
-------	--

Wird die Teilnahme am Tarif für ein volljähriges familienversichertes Familienmitglied erklärt, ist der Vertrag unter Anerkennung der Teilnahmebedingungen zusätzlich von dieser/m Angehörigen zu unterschreiben.

 AK KR KW HA

Datum	Unterschrift der familienversicherten Angehörigen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr	SAP-Nr. des/der Mitarbeiters/-in
-------	---	----------------------------------

Teilnahmeerklärung

Allgemeines

Der AGIDA-Wahltarif 1 & 2 Bettzimmer hat die Erstattung von Kosten für die Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer bei vollstationärer Behandlung im Krankenhaus zum Gegenstand. Die Wahl besteht zwischen einem Ein- oder Zweibettzimmertarif (Tarifausprägungen).

Tarifwahl und Tarifbeginn

Sie können für sich sowie für Ihre familienversicherten Angehörigen den Tarif wählen, wenn Ihre Krankenversicherungsbeiträge nicht vollständig von Dritten getragen werden (z. B. bei Arbeitslosigkeit). Die Erklärung zur Wahl des Tarifes bedarf der Schriftform. Die Wahl wird wirksam zum Beginn des auf den Zugang der Erklärung folgenden Kalendermonats, frühestens mit Beginn der Mitgliedschaft.

Tarifruhen

Der Tarif ruht bei nicht fristgerechter Prämienzahlung oder bei einem mehr als einmonatigen Wegfall der Versicherung bei AGIDA (z. B. Statuswechsel von AGIDA-Mitglied in fremdversicherte/r Familienversicherte/r).




Tarifleistungen

Erstattet werden die in Deutschland entstandenen nachgewiesenen Kosten für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung einschließlich der stationären Entbindung in einem Vertragskrankenhaus nach den §§ 108 / 109 SGB V, soweit diese zusätzlich durch Wahl eines Ein- oder Zweibettzimmers entstanden sind. Das Datum der ärztlichen Verordnung der Krankenhausbehandlung als auch das Datum der stationären Krankenhausaufnahme und der Krankenhausentlassung müssen in die Zeit der Teilnahme am Tarif fallen und nach der Wartezeit liegen. Daneben werden die damit im Zusammenhang stehenden zu zahlenden Zuzahlungen gemäß § 39 Abs. 4 SGB V erstattet. Erstattungen nach § 14 SGB V sowie Ansprüche auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge im Krankheitsfall nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen sind auf die Erstattung anzurechnen. Auf Tarifleistungen besteht kein Anspruch, wenn sie als Folge eines Arbeitsunfalls oder einer Berufskrankheit im Sinne der gesetzlichen Unfallversicherung zu erbringen sind. Auf Tarifleistungen besteht zudem kein Anspruch, wenn sich Versicherte eine Krankheit vorsätzlich, bei einem von Ihnen begangenen Verbrechen oder vorsätzlichen Vergehen oder durch eine medizinisch nicht indizierte ästhetische Operation, eine Tätowierung oder ein Piercing zugezogen haben. Die Erstattung von Kosten, die bei psychiatrischer Behandlung, bei psychosomatischer Behandlung, bei teilstationärer Behandlung, bei vor- und nachstationärer Behandlung, bei ambulanter Krankenhausbehandlung, bei Dialysebehandlungen oder Behandlungen in psychiatrischen Krankenhäusern entstehen, sind ausgeschlossen. Wahlleistungskosten, die nicht auf der Wahlleistung einer gesondert berechneten Unterkunft beruhen (Pay-TV, Telefon, Wäscheservice, Internet, Tageszeitung, Blumenstrauß, kostenpflichtiges Wahlessen etc.), werden nicht erstattet.

Höhe der Kostenerstattung

Der Anspruch auf Kostenerstattung besteht bis zur Höhe des von der Fachabteilung des Krankenhauses berechneten Regelsatzes für Ein-/Zweibettzimmer als zusätzliche Wahlleistungskosten. Bei der Tarifausprägung Einbettzimmer werden die Kosten bis zu einem kalendertäglichen Maximalbetrag in Höhe von 100,00 Euro erstattet. Bei der Tarifausprägung Zweibettzimmer werden die Kosten bis zu einem kalendertäglichen Maximalbetrag in Höhe von 50,00 Euro erstattet. Wird die Tarifausprägung Zweibettzimmer gewählt und ein Einbettzimmer in Anspruch genommen, werden maximal die Kosten des Zweibettzimmers erstattet.

Kann das Ein-/Zweibettzimmer im Krankenhaus nicht in Anspruch genommen werden, weil das Krankenhaus die Bereitstellung nachweislich verweigert hat, wird auf Antrag des Tarifteilnehmers für jeden Kalendertag der vollständigen Behandlung ohne Inanspruchnahme des Ein-/Zweibettzimmers eine Ausgleichszahlung in folgender Höhe gewährt:

-  25,00 Euro, wenn anstelle des zustehenden Einbettzimmers nur ein Zweibettzimmer zur Verfügung stand,
-  50,00 Euro, wenn anstelle des zustehenden Einbettzimmers weder ein Einbettzimmer noch ein Zweibettzimmer zur Verfügung stand,
-  25,00 Euro, wenn das zustehende Zweibettzimmer nicht in Anspruch genommen werden konnte.

Nehmen Versicherte ein Zweibettzimmer im Krankenhaus in Anspruch, weil das Krankenhaus dieses nachweislich als Komfortstandard anbietet, wird auf Antrag des Versicherten für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung mit Inanspruchnahme des Zweibettzimmers eine Ausgleichszahlung in Höhe von 25,00 Euro gewährt. Als Nachweis ist eine entsprechende Bestätigung des Krankenhauses im Original vorzulegen. Zudem entfällt die gesetzliche Zuzahlungspflicht in Höhe von 10,00 Euro kalendertäglich für jeden Krankenhaustag.

Anspruchszeitraum

Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt mit dem Tage ein, an dem die erste Prämie eingeht, frühestens jedoch nach einer Wartezeit von 3 Monaten nach Tarifwahl. Falls der Tarif innerhalb der letzten 24 Monate aufgrund einer Kündigung beendet wurde oder die Tarifausprägung gewechselt wurde und erneut abgeschlossen wird, verlängert sich die Wartezeit – bei Wechsel der Tarifausprägung nur für die Mehrleistungen – auf 6 Monate. Sofern die Prämien nicht zum Fälligkeitstag gezahlt werden, kann AGIDA dem Mitglied auf dessen Kosten eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Wird die Prämie innerhalb der gesetzten Zahlungsfrist nicht gezahlt, ruht der Anspruch auf Kostenerstattung von dem Tag an, der dem letzten Tag der Zahlungsfrist folgt, bis zu dem Tag, an dem die Prämien sowie die der AGIDA aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandene Kosten vollständig entrichtet werden. Dabei werden Ruhenszeiten nicht auf die Wartezeit angerechnet. Eine Erstattung für Leistungen innerhalb des Ruhenszeitraumes ist ausnahmsweise möglich, wenn die Prämien sowie die der AGIDA aufgrund der Nichtzahlung der Prämie entstandenen Kosten vollständig nachgeleistet wurden und das Mitglied kein Verschulden an der verspäteten Zahlung trifft. Bei einem Tarifruhen aufgrund eines mehr als einmonatigen Wegfalls der Versicherung bei AGIDA müssen die auf den entsprechenden Ruhenszeitraum entfallenden Prämien nicht nachgeleistet werden. Ein Wechsel innerhalb der Tarifausprägung kann jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres erfolgen. Der Wechsel ist schriftlich mit einer Frist von drei Kalendermonaten zu beantragen.

Teilnahmeerklärung

Erstattung

Zur Erstattung sind die spezifizierten Rechnungen inklusive aller dazugehörigen Belege vorzulegen. Erstattungen für die Krankenhausleistungen aus diesem Tarif werden auf das vom Mitglied angegebene Bankkonto überwiesen. Das Mitglied wird über die Höhe der Erstattungen für sich und für alle am Tarif teilnehmenden familienversicherten Angehörigen schriftlich informiert. Mit Ihren Ansprüchen aus dem Tarif kann auch gem. §§ 51 und 52 SGB I auf- oder verrechnet werden.

Prämienhöhe und Zahlungsweise

Im Rahmen des Tarifes haben Mitglieder für sich und ihre familienversicherten Angehörigen, für die der Tarif gewählt wurde, jeweils eine altersabhängige Prämie zu zahlen (siehe Prämientabelle). Diese ist jeweils im Voraus für den Kalendermonat oder wahlweise für ein Jahr zu entrichten. Der Tag der Fälligkeit ist jeweils der 1. Tag eines Monats. Bei jährlicher Zahlungsweise ist die Prämie am 1. Tag des Monats zu Beginn des Teilnahmejahres fällig. Wählen Sie die jährliche Zahlung im Voraus, erhalten Sie einen Prämiennachlass in Höhe von 4 Prozent. Damit die fälligen Prämien abgebucht werden können, benötigen wir ein SEPA-Lastschriftmandat von Ihnen. Die Prämien für Sie und Ihre familienversicherten Angehörigen werden von diesem Konto abgebucht. Zur Bestimmung des jährlichen Tarifbeitrages in jedem Versicherungsjahr ist jeweils das Alter der/des Versicherten zu Beginn des Versicherungsjahres maßgeblich. Ab dem vierten Jahr der Tarifwahl gelten folgende ermäßigte Monatsprämien (siehe Prämientabelle). Kommt es zu Veränderungen der Leistungshöhen z. B. aufgrund von Veränderungen der Wahlleistungskosten, der Verweildauern, der Häufigkeit von Krankenhausfällen oder aufgrund steigender Lebenserwartung, behält sich AGIDA vor, die monatlichen Prämienhöhen anzupassen. Entstehen AGIDA durch die Nichtzahlung der Prämie Kosten, sind diese vom Mitglied zu erstatten.

Tariflaufzeit und Mitgliedschaft

Grundsatz

Der Tarif kann schriftlich mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres, frühestens jedoch nach Ablauf von einem Jahr ab Teilnahmebeginn gekündigt werden. Wird der Tarif nicht gekündigt, verlängert sich die Teilnahme jeweils um ein weiteres Jahr, wenn zum Ablauf des jeweiligen Verlängerungsjahres keine schriftliche Kündigung erfolgt. Die Teilnahme am Tarif wird durch Änderungen im Versicherungsverhältnis bei AGIDA nicht berührt. Dies gilt insbesondere beim Wechsel von einer Familienversicherung in eine eigene Mitgliedschaft, von einer eigenen Mitgliedschaft in eine Familienversicherung oder in eine Mitgliedschaft, bei der die Beiträge komplett von Dritten getragen werden. Dies gilt nicht, wenn die Versicherung bei AGIDA aufgrund gesetzlicher Regelungen endet und im Anschluss keine Versicherung bei AGIDA begründet wird.

Tarifikündigung vor Ende der Laufzeit

Im Falle eines Wechsels von einer Familienversicherung in eine eigene Mitgliedschaft haben Sie die Möglichkeit, den Tarif zum Ende der Familienversicherung zu kündigen. Sollte von der/dem hauptversicherten Person bereits im Voraus eine Prämie für Sie gezahlt worden sein, wird ihr/ihm diese zurückerstattet.

Sie können den Tarif des Weiteren vorzeitig kündigen, wenn sich stark nachteilige Änderungen in der Einkommenssituation des Familienverbundes ergeben haben, die dazu führen, dass die weitere Zahlung der Prämien eine unbillige Härte darstellt. Dies ist immer dann der Fall, wenn dem Familienverbund monatlich nur noch Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt zur Verfügung stehen, die 40 Prozent der monatlichen Bezugsgröße (Schwellenwert) nicht überschreiten. Der Schwellenwert erhöht sich bei einem zweiköpfigen Familienverbund auf 55 v. H. der monatlichen Bezugsgröße und für jedes weitere Mitglied des Familienverbundes um weitere 10 v. H. der monatlichen Bezugsgröße.

Wenden Sie sich in diesen Fällen unmittelbar an Ihre AGIDA. Der Tarif endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, in dem uns Ihre Kündigung zugeht.

Die Teilnahme der versicherten Person am Tarif kann unsererseits beendet werden, wenn das Mitglied seiner Verpflichtung zur Prämienzahlung trotz Mahnung nicht nachgekommen ist und der Einzug der Prämien im Wege der Vollstreckung nicht möglich ist. Die Teilnahme endet in diesem Fall mit Ablauf des Kalendermonats, für den letztmalig eine Prämie gezahlt wurde. Im Falle einer nicht altersbedingten Erhöhung des Tarifbeitrages über 10 v. H. kann der Tarif bis zum Ablauf des Kalendermonats gekündigt werden, in dem die Erhöhung in Kraft tritt.

Prämientabelle

Es gelten die nachfolgenden Monatsprämien:

Alter	Monatliche Prämie in Euro Tarifaufprägung Zweibettzimmer	Monatliche Prämie in Euro Tarifaufprägung Einbettzimmer
bis 20	4,30	8,50
21 – 40	8,70	15,90
41 – 60	12,90	25,20
ab 61	35,40	67,40

Ab dem vierten Jahr der Tarifwahl gelten folgende ermäßigte Monatsprämien:

Alter	Monatliche Prämie in Euro Tarifaufprägung Zweibettzimmer	Monatliche Prämie in Euro Tarifaufprägung Einbettzimmer
bis 20	4,00	8,00
21 – 40	8,20	15,10
41 – 60	12,20	23,90
ab 61	33,60	64,00