

## Tarif 14 - für Kosten ambulanter Heilbehandlungen

Stand: 01.2008

### Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Teil II, Tarif mit Tarifbedingungen

- Teil I: siehe AVB/KK 2008 -

#### 1. Leistungen des Versicherers

##### 1.1 Allgemeines

Dieser Tarif kann unabhängig von dem Bestehen anderweitiger Versicherungen abgeschlossen und weitergeführt werden.

##### 1.2 Erstattungsfähige Aufwendungen

1.2.1 Erstattungsfähig sind die Aufwendungen aus einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung (einschl. Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und gezielte Vorsorgeuntersuchung - vgl. § 1 (2) AVB Teil I) für

a) Leistungen der Ärzte und Hebammen - einschl. Wegegeld -, die gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnung innerhalb des dort festgelegten Gebührenrahmens berechnet werden;

b) Arznei- und Verbandmittel

(Nähr- und Stärkungsmittel, Teekuren, Kurverordnungen, Mineralwasser, kosmetische Badezusätze u. ä. gelten nicht als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind);

c) Heilmittel

Als Heilmittel gelten - sofern sie nicht Leistungen nach a), d) oder e) sind - physikalisch-medizinische Behandlungen wie Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektro- und Lichttherapie (nicht jedoch Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder) durch dazu qualifizierte Personen;

d) Leistungen für nichtärztliche Psychotherapie  
Psychotherapeutische Behandlungen durch approbierte Psychologische Psychotherapeuten und approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in eigener Praxis tätig sind, oder durch einen für die Behandlung zugelassenen Diplompsychologen, sind erstattungsfähig, soweit dies der Versicherer vor Beginn der Behandlung zugesagt hat (Anzahl der Sitzungen/Höhe der Vergütung);

e) Leistungen der Heilpraktiker

Leistungen der Heilpraktiker sind insoweit erstattungsfähig, als sie innerhalb derjenigen Spanne liegen, nach der die Gebühren für vergleichbare ärztliche Leistungen in der Regel bemessen werden dürfen;

f) Hilfsmittel

Als Hilfsmittel gelten ausschließlich Brillengläser, Fassungen hierzu bis zur mittleren Preislage, Kontaktlinsen, Hör- und Sprechgeräte, Bruchbänder, orthopädische Fußeinlagen und Zurichtungen an Konfektionsschuhen, Gummistrümpfe, Bandagen, Gipsliegeschalen, Korrekturschienen, Leibbinden, orthopädische Stützapparate, Kunstglieder und Krankenfahrstühle.

Die jeweiligen Beträge bis zu denen der Versicherer von mittlerer Preislage ausgeht, werden dem Versicherungsnehmer bei Änderungen bekannt gegeben oder können beim Versicherer erfragt werden.

1.2.2 Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sind nicht erstattungsfähig.

1.2.3 Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden nach Maßgabe der Ziffer 1.3 ersetzt.

##### 1.3 Höhe des Kostenersatzes

1.3.1 Die Höhe des Kostenersatzes ergibt sich aus der vereinbarten Gruppe des Tarifes und der Anzahl der vereinbarten Stufen (Ziff. 1.4).

1.3.2 Der Versicherer ersetzt je Stufe 5 % desjenigen

Teiles der erstattungsfähigen Aufwendungen eines Kalenderjahres, der den in der Tarifgruppe vorgesehenen absoluten Selbstbehalt übersteigt. Der Versicherer ersetzt in den Stufen 16 und 18 jedoch insgesamt 100 % des Teiles der erstattungsfähigen Aufwendungen eines Kalenderjahres, der EUR 11.000 übersteigt. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die zu Grunde liegenden Leistungen ausgeführt bzw. die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen wurden.

1.3.3 Der absolute Selbstbehalt beträgt je versicherte Person und Kalenderjahr in

	bis 2003	ab 2004
Tarifgruppe 140	EUR 0,-	EUR 0,-
Tarifgruppe 141	EUR 250,-	EUR 250,-
Tarifgruppe 142	EUR 500,-	EUR 500,-
Tarifgruppe 144	EUR 750,-	EUR 840,-
Tarifgruppe 145	EUR 1.400,-	EUR 1.620,-

Für Kinder und Jugendliche (Alter bis 20 Jahre) beträgt der absolute Selbstbehalt 50 % der vorstehenden Beträge.

1.3.4 Für Neuzugänge ermäßigt sich im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns der absolute Selbstbehalt für jeden Monat, den die Versicherung in diesem Jahr bis zum Beginnmonat nicht bestanden hat, um ein Zwölftel.

Gleiches gilt für diejenigen Monate, in denen die Versicherung als Anwartschaftsversicherung bestand. Wird der Selbstbehalt geändert (zum Beispiel durch Umstufung in einen anderen Tarif), so gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel der jeweils vereinbarte Selbstbehalt ungekürzt. Ein bereits getragener Selbstbehalt wird aber auf den neuen Selbstbehalt angerechnet.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der absolute Selbstbehalt dadurch nicht.

##### 1.4 Mögliche Stufen der Tarifgruppen

es können vereinbart werden

Tarifgruppe 140

- 2 bis 14 Stufen ( 10 bis 70 %ige Erstattung)
- 16 Stufen ( 80 %ige Erstattung)
- 18 Stufen ( 90 %ige Erstattung)
- 20 Stufen (100 %ige Erstattung)

2 bis 4 Stufen können nur für Beihilfeberechtigte oder als Zusatzversicherung für bei der KVB versicherte Bundesbahnbeamte, 5 bis 14 Stufen nur für Beihilfeberechtigte vereinbart werden. Für bei der KVB versicherte Bundesbahnbeamte können nicht mehr als 4, für Beihilfeberechtigte nicht mehr als 14 Stufen vereinbart werden, höchstens jedoch so viel Stufen, dass die Versicherungsleistung zusammen mit der Beihilfe die Krankheitskosten in der Regel nicht übersteigt.

Tarifgruppe 141

- 18 Stufen (90 %ige Erstattung nach Überschreitung eines absoluten Selbstbehaltes gemäß Ziff. 1.3.3)
- 20 Stufen (100 %ige Erstattung nach Überschreitung eines absoluten Selbstbehaltes gemäß Ziff. 1.3.3)

Tarifgruppe 142

- 18 Stufen (90 %ige Erstattung nach Überschreitung eines absoluten Selbstbehaltes - größer als in Tarifgruppe 141 - gemäß Ziff. 1.3.3)

1. Fortsetzung	<p>20 Stufen (100 %ige Erstattung nach Überschreitung eines absoluten Selbstbehaltes - größer als in Tarifgruppe 141 - gemäß Ziff. 1.3.3)</p> <p>Tarifgruppe 144</p> <p>18 Stufen (90 %ige Erstattung nach Überschreitung eines absoluten Selbstbehaltes - größer als in Tarifgruppe 142 - gemäß Ziff. 1.3.3)</p>	<p>20 Stufen (100 %ige Erstattung nach Überschreitung eines absoluten Selbstbehaltes - größer als in Tarifgruppe 142 - gemäß Ziff. 1.3.3)</p> <p>Tarifgruppe 145</p> <p>20 Stufen (100 %ige Erstattung nach Überschreitung eines absoluten Selbstbehaltes - größer als in Tarifgruppe 144 - gemäß Ziff. 1.3.3)</p>
2. Leistungen des Versicherungsnehmers	<p><b>2.1 Monatsbeiträge</b></p> <p>2.1.1 Die Beiträge ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Sie richten sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Personen bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Bei einer Umstufung, Beitrags- oder Leistungsanpassung wird auch das erreichte Lebensalter berücksichtigt (vgl. § 8 a (2) AVB Teil I und Ziff. 2.1.2). Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person.</p> <p>2.1.2 Bei nachträglicher Hinzunahme weiterer Tarife ist für diese der Beitrag für dasjenige Eintrittsalter zu zahlen, das dem erreichten Alter entspricht.</p> <p>2.1.3 Verheiratete unter 21 Jahren zahlen den ihrem Geschlecht entsprechenden Beitrag für 21-jährige.</p> <p>2.1.4 Verheiratete unter 21 Jahren und 21 bis 34-jährige Personen, die sich nachweislich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr leisten, können auf Antrag zu dem ihrem Ge-</p>	<p>schlecht entsprechenden Jugendlichenbeitrag, zuzüglich eines vom erreichten Alter abhängigen in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Zuschlags, versichert werden.</p> <p>2.1.5 Für Kinder, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 15. Lebensjahr vollendet haben, ist ab 1. Januar des folgenden Jahres der ihrem Geschlecht entsprechende Beitrag der Beitragsgruppe für Jugendliche zu zahlen. Für Jugendliche und die nach Ziff 2.1.4 versicherten Personen, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 20. Lebensjahr vollendet haben, ist ab 1. Januar des folgenden Jahres der ihrem Alter und Geschlecht entsprechende Erwachsenenbeitrag zu zahlen, es sei denn, dass der Nachweis über das Weiterbestehen einer Schul- oder Berufsausbildung oder eines freiwilligen sozialen Jahres erbracht wird und bei Ablauf des Kalenderjahres das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet ist. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8 a (2) AVB Teil I.</p>
3. Besondere Bestimmungen	<p><b>3.1 Zu § 1 AVB Teil I - Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes</b></p> <p>3.1.1 Annahme des Antrags (§ 1 (3) AVB Teil I) Die Annahme des Antrags kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden, wenn sie zu den normalen Geschäftsbedingungen nicht möglich ist.</p> <p>3.1.2 Versicherungsschutz außerhalb Europas (§ 1 (4) AVB Teil I) a) Bei vorübergehendem Aufenthalt (bis zu zwei Monaten) im außereuropäischen Ausland gewährt der Versicherer Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihres Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz über zwei Monate hinaus. b) Auf Antrag kann der Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag auf längere Aufenthalte im außereuropäischen Ausland ausgedehnt werden.</p> <p>3.1.3 Bei Vorliegen der bedingungsgemäßen Voraussetzungen kann die Versicherung auf Antrag vorübergehend in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt werden.</p> <p><b>3.2 Zu § 2 AVB Teil I - Beginn des Versicherungsschutzes</b> Keine ergänzenden Bestimmungen.</p> <p><b>3.3 Zu § 3 AVB Teil I - Wartezeiten</b></p> <p>3.3.1 Wartezeit bei Umstufungen Bei Umstufungen sind die Wartezeiten nur für die zusätzlichen oder höheren Leistungen zu erfüllen.</p> <p>3.3.2 Besondere Wartezeiten (§ 3 (3) AVB Teil I) Ohne Text.</p> <p>3.3.3 Wartezeiterlass (§ 3 (4) AVB Teil I) Die Wartezeiten können auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis auf einem Formular des Versicherers über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.</p> <p>3.3.4 Wartezeit bei erstmaliger Versicherung Bei erstmaliger Versicherung verzichtet der Versicherer auf die Wartezeiten gemäß § 3 (2) und (3) AVB Teil I.</p> <p><b>3.4 Zu § 4 AVB Teil I - Umfang der Leistungspflicht</b></p> <p>3.4.1 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Die aus dem Überschuss des Versicherers der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung</p>	<p>geschäftsplanmäßig zugeführten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen.</p> <p>Der Vorstand des Versicherers bestimmt im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Verwendung. Für den Fall einer Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung für Versicherte eines Tarifes gelten folgende Bestimmungen:</p> <p>a) Die Auszahlung oder Gutschrift erfolgt für die nach dem Tarif versicherten Personen, denen für das vorhergehende Kalenderjahr weder tarifliche noch außertarifliche Leistungen nach diesem Tarif gewährt worden sind und deren Beitrag für 12 Monate des vorhergehenden Kalenderjahres ohne Verzug bezahlt worden ist.</p> <p>b) Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung und deren Höhe können auch davon abhängig gemacht werden, dass die Voraussetzungen nach Buchstabe a) für mehrere aufeinander folgende Kalenderjahre, für mehrere Tarife einer versicherten Person und/oder für mehrere versicherte Personen eines Versicherungsnehmers erfüllt sind.</p> <p><b>3.4.2 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung</b> In den nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskostentarifen werden nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und den Berechnungsgrundlagen des Versicherers zusätzliche Beträge der Deckungsrückstellung zugeschrieben und verwendet. Die Zuschreibung erfolgt jährlich. Dieser Teil der Deckungsrückstellung führt spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zu Beitragsermäßigungen entsprechend den Berechnungsgrundlagen des Versicherers.</p>

## 3. Fortsetzung

- 3.4.3 Bundeswehrkrankenhäuser**  
Als Krankenhaus im Sinne von § 4 (4) AVB Teil I gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser.
- 3.5 Zu § 5 AVB Teil I - Einschränkung der Leistungspflicht**
- 3.5.1 Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort (§ 5 (1e) AVB Teil I)**  
Für ambulante Heilbehandlungen - nicht für Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen - in einem Heilbad oder Kurort leistet der Versicherer in tariflichem Umfang.
- 3.6 Zu § 6 AVB Teil I - Auszahlung der Versicherungsleistung**
- 3.6.1 Nachweise**  
Der Versicherer gewährt die Tarifleistung nur gegen Einreichung der Originalrechnungen. Diese müssen den Namen des Rechnungsausstellers sowie den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen, Krankheitsbezeichnungen enthalten und nach Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen spezifiziert sein.  
Hat sich ein anderer Versicherer an den Kosten beteiligt, so sind Zweitschriften der Belege mit Erstattungsvermerk erforderlich.  
Rezepte sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung, die Rechnung über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung, einzureichen.
- 3.7 Zu § 7 AVB Teil I - Ende des Versicherungsschutzes**  
Keine ergänzenden Bestimmungen.
- 3.8 Zu § 8, 8 a, 8 b AVB Teil I - Beitragszahlung, Beitragsberechnung, Beitragsanpassung**
- 3.8.1 Vertragsdauer (§ 8 (2) AVB Teil I)**  
Der Vertrag ist für die Dauer des ersten Versicherungsjahres abgeschlossen. Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als 1. Versicherungsjahr. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein Kalenderjahr, sofern nicht fristgemäß gekündigt wird.  
Bei Umstufungen innerhalb des Tarifs oder auf einen anderen Tarif sowie bei Beitrags- und Leistungsanpassungen, ändert sich das bisherige Versicherungsjahr nicht.
- 3.8.2 Ohne Text**
- 3.8.3 Beitragsanpassung (§ 8 b AVB Teil I)**
- a) Der in § 8 b (1) AVB Teil I erwähnte Vomhundertsatz beträgt für die Sterbewahrscheinlichkeit 5, für die Versicherungsleistungen 10.
- b) Müssen die Beiträge angepasst werden, so können auch betragsmäßig festgelegte Leistungen, die zum Ausgleich für eine versicherte, aber nicht beanspruchte Kostenerstattung gewährt werden, angepasst werden.
- 3.9 Zu §§ 9 bis 14 AVB Teil I - Obliegenheiten, Folgen von Obliegenheitsverletzungen, Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte, Aufrechnung, Kündigung durch den Versicherungsnehmer, Kündigung durch den Versicherer**  
Keine ergänzenden Bestimmungen.
- 3.10 Zu § 14 AVB Teil I - Kündigung durch den Versicherer**  
Keine ergänzenden Bestimmungen
- 3.11 Zu § 15 AVB Teil I - Sonstige Beendigungsgründe**
- 3.11.1 Tätigkeitsgebiet und Wegzug ins Ausland (§ 15 (3) AVB Teil I)**  
Tätigkeitsgebiet des Versicherers ist Deutschland.  
Bei einer vorübergehenden Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat, der weder Mitgliedsstaat der Europäischen Union noch des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Wegzug verlangen, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.
- 3.12 Zu §§ 16 bis 19 AVB Teil I - Willenserklärungen und Anzeigen, Gerichtsstand, Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Wechsel in den Standardtarif**  
Keine ergänzenden Bestimmungen.