

## Krankheitskostenvollversicherung

### EXCELLENT

Tarif 728 - ambulante Heilbehandlung

Tarif 730 - stationäre Heilbehandlung

Tarif 767 - zahnärztliche Behandlung

**Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2013 (AVB 2013)  
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:**

Teil I      Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) des Verbandes der privaten Krankenversicherung  
Teil II      **Allgemeine Tarifbedingungen des MÜNCHENER VEREIN**

## A. Versicherungsfähigkeit

Die Tarife 728, 730 und 767 sind mit geschlechtsunabhängigen Beiträgen kalkuliert und nicht kombinierbar mit Tarifen für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung mit geschlechtsabhängigen Beiträgen.

Tarif 767 für zahnärztliche Behandlung ist Personen vorbehalten, für die beim Versicherer gleichzeitig Versicherungsschutz nach einem Tarif für ambulante und stationäre Heilbehandlung besteht oder mit beantragt wird. Endet die Versicherung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung, endet zum gleichen Zeitpunkt auch die Versicherung für zahnärztliche Behandlung.

## B. Leistungen des Versicherers

### 1. Ambulante Heilbehandlung (T. 728)

1.1 Erstattet werden bei ambulanter Heilbehandlung die erstattungsfähigen Kosten mit 80 %, bis zu einer maximalen jährlichen Selbstbeteiligung von 1.000 EUR, darüber hinaus mit 100 %.

Die Höhe der maximalen jährlichen Selbstbeteiligung ändert sich im Falle eines Tarifwechsels nicht. In anderen Tarifen getragene Selbstbehalte oder Selbstbeteiligungen werden nicht angerechnet. § 4 II Ziff. 1 AVB 2013 findet keine Anwendung.

1.2 **Erstattungsfähig** sind die Kosten für

- **ärztliche Leistungen**

soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen, jedoch ohne Begrenzung auf deren Höchstsätze (siehe Anhang)

**und**

**ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel**

- Als **Arzneimittel** gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.  
Als Arzneimittel gelten **nicht** Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, Haarwuchs-, Abmagerungs-, potenzfördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel, Mineralwässer, auch wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind.

- **psychotherapeutische Behandlung**

soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) berechnet werden darf, jedoch ohne Begrenzung auf deren Höchstsätze (siehe Anhang).

- Leistungen **durch Hebammen und Entbindungspfleger**

soweit sie zu den in Deutschland ortsüblichen Preisen berechnet werden.

- **Heilpraktikerbehandlung**

- Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).
- Erstattungsfähig sind auch durch Heilpraktiker verordnete Arznei- und Verbandmaterial.  
Als solche gelten nicht die oben unter Arznei- und Verbandmittel ausgeschlossenen Arzneimittel.

- **ärztlich verordnete häusliche Behandlungspflege**

Häusliche Behandlungspflege (z.B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen) stellt eine ärztliche Tätigkeit dar, die regelmäßig von einem Arzt an Pflegefachkräfte delegiert wird. Diese dient dazu, Krankheiten zu heilen, eine Verschlechterung zu verhindern und Beschwerden zu lindern.

- **logopädische Behandlung**

soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet wird. Diese Bedingung ist stets erfüllt, wenn die für die Beihilfestelle des Bundes festgelegten, aktuell gültigen Höchstbeträge nicht überschritten werden.

- **Heilmittel**

soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet werden. Diese Bedingung ist stets erfüllt, wenn die für die Beihilfestelle des Bundes festgelegten, aktuell gültigen Höchstbeträge nicht überschritten werden.

- Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendungen der Ergotherapie und der physikalischen Medizin.

Die in der GOÄ genannten physikalisch-medizinischen Leistungen zählen in jedem Fall zu den erstattungsfähigen Behandlungen.

- **Hilfsmittel** (ohne Sehhilfen)

Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- und Unfallfolgen mildern oder ausgleichen bzw. lebenserhaltend sind. Es handelt sich stets um ein solches Hilfsmittel, wenn dieses im aktuell gültigen Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung genannt ist.

Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für die Anschaffung eines Blindenhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen und Blutzuckermessgeräte einschließlich Teststreifen.

Für die nachgenannten Hilfsmittel sind die Aufwendungen in folgender Höhe erstattungsfähig:

- orthopädische Schuhe bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 360 EUR je Versicherungsjahr,
- Krankenfahrstühle bzw. andere elektrische Krankenfahrzeuge bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2500 EUR,
- Milchpumpen bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 50 EUR,
- elektronische Lesegeräte bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2500 EUR.

Erstattet werden auch die Aufwendungen für die Miete von Hilfsmitteln (bis max. zur Höhe des Anschaffungspreises) sowie die Wartung und Reparatur.

Nicht erstattungsfähig sind Hilfsmittel, deren Kosten die Pflegeversicherung zu erstatten hat, Geräte, die dem Fitness- und Wellnessbereich zuzuordnen sind, sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel sowie Zubehör- und Verbrauchsartikel.

Abhängig von der medizinischen Notwendigkeit ist auch ein wiederholter Bezug von Hilfsmitteln möglich.

Bei Hilfsmitteln, deren Kosten einen Rechnungsbetrag von voraussichtlich 2000 EUR übersteigen, ist dem Versicherer vor Bezug der Hilfsmittel ein Kostenvoranschlag vorzulegen. Andernfalls verringert sich die tarifliche Leistungshöhe.

Die Leistung beläuft sich je Hilfsmittel mit einem Rechnungsbetrag

- bis 2000 EUR auf 100 %,
  - ab 2000 EUR mit Kostenvoranschlag auf 100 %,
  - ab 2000 EUR ohne Kostenvoranschlag auf 95 %
- der erstattungsfähigen Aufwendungen.

- **Sehhilfen** (Brillen, Kontaktlinsen)

- Brillengläser, Kontaktlinsen
- Brillenfassungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 105 EUR je Fassung

- **Transporte** zu und von der ambulanten Heilbehandlung, soweit medizinisch notwendig und ärztlich bescheinigt.

- **gezielte Vorsorgeuntersuchung**

Zu den gezielten Vorsorgeuntersuchungen zählen auch die Kosten für Untersuchungen in der Schwangerschaft, Kinder- und Jugendlichenvorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, soweit sie nach den Ziffern 23 - 29 GOÄ berechnet werden.

- **gezielte Impfungen**

Hierzu zählen auch die von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen (s. Anhang).

- **ambulante Entbindung oder Hausentbindung**

- ärztliche Leistungen, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen.
- Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger.

1.3 Nicht erstattungsfähig sind die anlässlich von ambulanten Kuren (und Entziehungskuren) entstehenden Kosten, auch wenn sie von einem Heilbehandler angeordnet sind.

## 2. Stationäre Heilbehandlung (T. 730)

### 2.1 Erstattungsfähig sind die Kosten für

- **Regelleistungen** (§ 4 II Ziff. 7 a der AVB 2013) im Krankenhaus (§ 4 I Ziff. 4 AVB 2013)

- Unterbringung im Mehrbettzimmer ohne privatärztliche Behandlung
- belegärztliche Leistung, soweit sie im Rahmen der GOÄ abgerechnet werden darf, jedoch ohne Begrenzung auf deren Höchstsätze (siehe Anhang)

- **Wahlleistungen** im Krankenhaus

- Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
- privatärztliche Behandlung, soweit sie im Rahmen der GOÄ abgerechnet werden darf, jedoch ohne Begrenzung auf deren Höchstsätze (siehe Anhang)

- **Transporte** zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, soweit medizinisch notwendig.

Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung privatärztliche Behandlung erhält die versicherte Person ersatzweise ein zusätzliches Krankenhaustagegeld von 26 EUR

Kinder erhalten 13 EUR

Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer erhält die versicherte Person ersatzweise ein zusätzliches Krankenhaustagegeld von 26 EUR

Kinder erhalten 13 EUR

2.2 Erstattungsfähig sind auch die Kosten für stationäre Kiefer- und Zahnbehandlung, nicht jedoch für Zahnersatz. Nicht erstattungsfähig sind die anlässlich von stationären Kuren entstehenden Kosten, auch wenn sie von einem Heilbehandler angeordnet sind.

## 3. Zahnärztliche Behandlung (T. 767)

### 3.1 Erstattungsfähig sind die Kosten für

- **zahnärztliche Leistung,**

soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf und deren Höchstsätze

(s. Anhang) nicht überschreitet, und **zahntechnische Laborarbeiten und Materialien**, soweit zu den ortsüblichen Preisen berechnet, bei

- **Zahnbehandlung** zu 100 %  
Hierunter fallen auch Maßnahmen zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie die Versorgung mit Inlays.
- **prophylaktischen Leistungen** zu 100 %
- **Zahnersatz** zu 80 %  
Hierzu zählen: Versorgung mit Prothesen, Stiftzähnen, Kronen, Brücken, Brückenglieder, Onlays, Implantaten; funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen; Reparaturen.
- **Kieferorthopädie** zu 80 %

- 3.2 Die gesamte Erstattungsleistung ist je versicherte Person im 1. und 2. Versicherungsjahr auf je 2.100 EUR je Versicherungsjahr begrenzt. Die Begrenzung entfällt ab dem 3. Versicherungsjahr sowie bei unfallbedingten Kosten, wenn sich der Unfall nach Beginn des Versicherungsschutzes ereignet hat.
- 3.3 Der Höchstleistungsbetrag für das erste Versicherungsjahr ermäßigt sich bei Beginn im 2. bzw. 3. bzw. 4. Quartal auf 75 % bzw. 50 % bzw. 25 %. Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigt sich der Höchstleistungsbetrag nicht.
- 3.4 Bei Tarifwechsel werden Leistungen nach dem bisherigen Tarif für das laufende Versicherungsjahr auf den Höchstleistungsbetrag aus dem neuen Tarif angerechnet.
- 3.5 Bei einer bevorstehenden Maßnahme für Zahnersatz oder Kieferorthopädie rät der Versicherer zur vorherigen Erstellung eines Heil- und Kostenplans durch den Zahnarzt. Der Versicherer gibt nach Einreichung des Heil- und Kostenplans Auskunft über die zu erwartende Versicherungsleistung. Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans sind im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes zu 100 % erstattungsfähig.

#### 4. Leistungen im Ausland

Unter Beachtung der allgemeinen Regelungen zum Versicherungsschutz im Ausland (siehe AVB 2013) gilt:

Die gemäß **B. Ziffern 1 bis 3 versicherten Leistungen** sind mit den dort festgelegten Erstattungsprozentsätzen auch im Ausland in Höhe der **dort ortsüblichen** Kosten erstattungsfähig. Deutsche Gebührenordnungen finden insoweit keine Anwendung.

Darüber hinaus erstattungsfähig sind im Tarif 728 unter Berücksichtigung von Ziff. B. 1.1 die Kosten für

- einen aus medizinischen Gründen notwendigen **Rücktransport aus dem Ausland**, wenn am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist und die medizinische Notwendigkeit des Rücktransports durch ein ärztliches Attest nachgewiesen wird, zu 100 %  
  
Es ist das jeweils unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles kostengünstigste Transportmittel zu wählen. Organisiert der Versicherer den Rücktransport selbst bzw. beauftragt der Versicherer einen Rückholdienst mit dem Rücktransport, so wird er sich nicht auf die Bestimmung des vorgenannten Satzes berufen.
- eine **Überführung** nach dem Tod der versicherten Person zum ständigen Wohnsitz vor Beginn der Reise
  - aus dem außereuropäischen Ausland bis zu 10.000 EUR
  - aus dem europäischen Ausland bis zu 5.000 EUR
- eine **Beisetzung** im Ausland bei Tod während des Auslandsaufenthalts bis zu 5.000 EUR

#### C. Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

---

#### Anhang

Von der Ständigen Impfkommission empfohlene **Schutzimpfungen** sind zurzeit u. a. diejenigen gegen Diphtherie, FSME (Zeckenschutzimpfung), Grippe, Hepatitis A, Hepatitis B, Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Tbc, Wundstarrkrampf

**Höchstsätze der GOÄ** sind derzeit der 3,5-fache Satz bzw. der 2,5-fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen bzw. der 1,3-fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M (Laborleistungen) sowie nach Ziffer 437 der GOÄ.

**Höchstsatz der GOZ** ist derzeit der 3,5-fache Satz.