

# Krankheitskostenvollversicherung

## Tarif STEP CARE

Tarifstufen 851, 852, 853

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2008 (AVB 2008) für die Krankheitskosten- und  
Krankenhaustagegeldversicherung  
Teil I Musterbedingungen 2008 (MB/KK 2008)  
Teil II Tarifbedingungen

100 02 25/04 (01.08)

## A. Leistungen des Versicherers

<p><b>1. Ambulante Heilbehandlung</b></p> <p>a) Leistungen mit Selbstbehalt</p>	<p>Ersetzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer 1 a), soweit sie im Versicherungsjahr je versicherter Person den gewählten <b>Selbstbehalt</b> überschreiten.</p> <p>Der Selbstbehalt beträgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– in Tarifstufe 851..... 500 EUR</li> <li>– in Tarifstufe 852..... 1.000 EUR</li> <li>– in Tarifstufe 853..... 2.000 EUR</li> </ul> <p>Für Kinder ermäßigt sich der jährliche Selbstbehalt bis zum Ende des Jahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, in Tarifstufe 851 auf 250 EUR, in Tarifstufe 852 auf 500 EUR, in Tarifstufe 853 auf 1.000 EUR.</p> <p>Erstattungsfähig sind die Kosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>ärztliche Leistungen</b> soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze (s. Anhang) nicht überschreiten, zu..... 100 % <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beratungen, Besuche, Sonderleistungen, Operationen, Wegegeld</li> </ul> </li> <li>– <b>Transporte</b> zu oder von der ambulanten Heilbehandlung, soweit medizinisch notwendig und ärztlich bescheinigt, zu ..... 100 %</li> <li>– <b>Arznei- und Verbandmittel</b>, soweit ärztlich verordnet, zu..... 100 % <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 <b>nicht</b> Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, Haarwuchs-, Abmagerungs-, Potenz fördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel, Mineralwässer, auch wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind.</li> </ul> </li> <li>– <b>Heilmittel</b> zu ..... 75 % soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet werden. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendungen der physikalischen Medizin.</li> </ul> </li> <li>– <b>Hilfsmittel</b> (ohne Sehhilfen) zu ..... 75 % <ul style="list-style-type: none"> <li>• Als Hilfsmittel gelten ausschließlich Bandagen, Bruchbänder, Fußeinlagen, Gummistrümpfe, Hör- und Stützapparate, handgetriebene Krankenfahrstühle, Kunstglieder, Leibbinden, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).</li> </ul> </li> <li>– <b>Sehhilfen</b> (Brillen, Kontaktlinsen) zu ..... 100 % <ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Erstattung für Sehhilfen ist je versicherter Person und je Versicherungsjahr <b>begrenzt auf 125 EUR.</b></li> </ul> </li> <li>– <b>psychotherapeutische Behandlung</b> zu ..... 75 % <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstattungsfähig sind <b>bis zu 40</b> Sitzungen pro Versicherungsjahr.</li> </ul> </li> <li>– <b>Heilpraktikerbehandlung</b> zu ..... 75 % <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH).</li> <li>• Erstattungsfähig sind auch durch Heilpraktiker verordnete Arzneimittel und Verbandmaterial. Als solche gelten nicht die oben unter Arznei- und Verbandmittel ausgeschlossenen Arzneimittel.</li> </ul> </li> </ul> <p>Die Kosten für ärztliche Leistungen, Medikamente und Heilmittel werden gemäß den oben festgelegten Grundsätzen auch dann erstattet, wenn sie im Rahmen ambulanter Kuren anfallen.</p>	
<p>b) Leistungen ohne Selbstbehalt</p>	<p>Ohne Selbstbehalt ersetzt werden im Rahmen der Erstattungsfähigkeit Aufwendungen für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Vorsorgeuntersuchungen</b> zu ..... 100 % <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstattungsfähig sind die Kosten von Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft, Kindervorsorgeuntersuchungen U1 – U10, Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, soweit sie nach den Ziffern 23 bis 29 der GOÄ und bis zu deren Höchstsätzen (s. Anhang) berechnet werden.</li> </ul> </li> <li>– <b>Schutzimpfungen</b> zu ..... 100 % <ul style="list-style-type: none"> <li>• soweit sie von der ständigen Impfkommission empfohlen werden (s. Anhang), gemäß den Ziffern 375 bis 378 der GOÄ berechnet werden und deren Höchstsätze (s. Anhang) nicht überschreiten.</li> </ul> </li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>ambulante Entbindung oder Hausentbindung</b> zu .....</li> <li>• ärztliche Leistungen, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze (s. Anhang) nicht überschreiten</li> <li>• Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger</li> <li>• Bei einer Entbindung ohne stationäre Behandlung wird <b>zusätzlich</b> zur Kostenerstattung für ärztliche Leistungen und Hebamme bzw. Entbindungspfleger eine <b>Entbindungspauschale</b> gewährt. Diese beträgt .....</li> </ul>	<p>100 %</p> <p>300 EUR</p>
<b>2. Stationäre Heilbehandlung</b>	<p>Erstattungsfähig sind die Kosten für folgende Leistungen zu.....</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Regelleistungen</b> (§ 4 II Ziff. 2 a der AVB 2008) im Krankenhaus <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterbringung im Mehrbettzimmer ohne privatärztliche Behandlung</li> <li>• belegärztliche Leistungen bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ (s. Anhang)</li> </ul> </li> <li>– Nach Ablauf von fünf ununterbrochenen Versicherungsjahren im Tarif STEP CARE, frühestens jedoch mit Vollendung des <b>50. Lebensjahres</b> der versicherten Person: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterbringung im <b>Zweibettzimmer</b></li> <li>• <b>privatärztliche Behandlung</b>, soweit sie im Rahmen der GOÄ berechnet werden darf und deren Höchstsätze (s. Anhang) nicht überschreitet.</li> </ul> <p style="margin-left: 20px;">Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung privatärztliche Behandlung erhält die versicherte Person ersatzweise ein zusätzliches Krankenhaustagegeld von .....</p> <p style="margin-left: 20px;">Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung Zweibettzimmer erhält die versicherte Person ersatzweise ein zusätzliches Krankenhaustagegeld von .....</p> </li> <li>– <b>Transporte</b> zum/vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, soweit medizinisch notwendig.</li> </ul>	<p>100 %</p> <p>30 EUR</p> <p>20 EUR</p>
<b>3. Zahnbehandlung, -ersatz und Kieferorthopädie</b>	<p>Erstattungsfähig sind die Kosten für</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>zahnärztliches Honorar</b>, soweit es im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf und deren Höchstsätze (s. Anhang) nicht überschreitet, bei <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Zahnbehandlung</b> zu .....</li> <li>• <b>prophylaktischen Leistungen</b> zu .....</li> <li>• <b>Zahnersatz</b> zu ..... Hierzu zählen: Prothesen, Stiftzähne, Kronen, Brücken, Brückenglieder, Inlays, Onlays, Reparaturen. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für implantologische Leistungen und Implantat getragenen Zahnersatz.</li> <li>• <b>Kieferorthopädischer Behandlung</b> zu .....</li> </ul> </li> <li>– zahntechnische <b>Laborarbeiten</b> und <b>Materialien</b>, soweit zu den üblichen Preisen berechnet, zu .....</li> </ul> <p>Die gesamte Erstattungsleistung ist je versicherter Person und je Versicherungsjahr <b>begrenzt</b> auf .....</p> <p>Die Begrenzung auf Höchstleistungsbeträge <b>entfällt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– nach Ablauf von fünf ununterbrochenen Versicherungsjahren im Tarif STEP CARE, frühestens jedoch mit Vollendung des <b>50. Lebensjahres</b> der versicherten Person,</li> <li>– bei <b>unfallbedingten</b> Kosten.</li> </ul> <p>Der Höchstleistungsbetrag für das erste Versicherungsjahr ermäßigt sich bei Versicherungsbeginn im 2. Quartal des Kalenderjahres auf 75 %, im 3. Quartal auf 50 %, im 4. Quartal auf 25 %. Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigt sich der Höchstleistungsbetrag nicht.</p> <p>Bei Tarifwechsel werden Leistungen nach dem bisherigen Tarif für das laufende Versicherungsjahr auf den Höchstleistungsbetrag aus dem neuen Tarif angerechnet.</p> <p>Auf Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie besteht Anspruch insoweit, als sie vom Versicherer nach Vorlage eines vom Zahnarzt erstellten Heil- und Kostenplans zugesagt wurden. Der Versicherungsnehmer hat einen Rechtsanspruch auf die Zusage der Tarifleistungen, wenn die vorgesehenen Maßnahmen medizinisch notwendig sind. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.</p>	<p>100 %</p> <p>100 %</p> <p>75 %</p> <p>100 %</p> <p>75 %</p> <p>2.000 EUR</p>

<b>4. Rücktransport, Überführung oder Beisetzung</b>	Erstattungsfähig sind die Kosten für		
	– einen aus medizinischen Gründen notwendigen <b>Rücktransport aus dem Ausland</b> , 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.		
	– eine <b>Überführung</b> 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 <b>Beisetzung</b> im Ausland bei Tod während des Auslandsaufenthalts bis zu.....	5.000 EUR	

## B. Beitragsrückerstattung

Es gelten die Bestimmungen des § 8 II Ziff. 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2008 (AVB 2008) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung. Abweichend davon haben jedoch **keine Auswirkung** auf eine bedingungsgemäß auszuschüttende erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung Erstattungsleistungen aus

- Vorsorgeuntersuchungen gemäß A Ziff. 1b,
- Schutzimpfungen gemäß A Ziff. 1b,
- prophylaktischen Leistungen gemäß A Ziff. 3.

## C. Leistungen des Versicherungsnehmers

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

## D. Wartezeiten

Die Wartezeiten gemäß § 3 I Abs. 2 und 3 der AVB 2008 entfallen im Tarif STEP CARE für Personen, deren Versicherungsschutz in unmittelbarem Anschluss an ihr Ausscheiden aus einer gesetzlichen oder aus einer privaten Krankenversicherung beginnt, sofern der vorangegangene Versicherungsschutz nachweislich ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasste. Für eine gleichzeitig abgeschlossene Krankenhaustagegeldversicherung bzw. Krankentagegeldversicherung entfallen die Wartezeiten entsprechend.

## Anhang

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

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

**Regelhöchstsätze der GOÄ** sind derzeit der 2,3fache Satz bzw. der 1,8fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen bzw. der 1,15fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M (Laborleistungen) sowie nach Ziffer 437 der GOÄ.

**Regelhöchstsatz der GOZ** ist derzeit der 2,3fache Satz.

Von der ständigen Impfkommision empfohlene **Schutzimpfungen** sind zur Zeit diejenigen gegen Diphtherie, FSME (Zeckenschutzimpfung), Grippe, Hepatitis A, Hepatitis B, Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Tbc, Wundstarrkrampf.