

Krankheitskostenvollversicherung

Tarif BONUS CARE

Tarifstufe Start (855)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2009 (AVB 2009) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

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

100 40 50/01 (07.12)

A. Versicherungsfähigkeit

Im Tarif BONUS CARE, Tarifstufe Start (855), können sich Personen versichern und versichert bleiben, für die keine weitere Krankheitskostenteil- oder Krankheitskostenvollversicherung bei einer privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung besteht oder abgeschlossen wird. Die Fortführung oder der Abschluss einer Auslandsreise-Krankenversicherung ist möglich.

B. Leistungen des Versicherers

1. Ambulante Heilbehandlung

Ersetzt werden die erstattungsfähigen Kosten, soweit diese im Versicherungsjahr je versicherte Person einen Selbstbehalt von 500 EUR überschreiten. Erstattungsfähige Kosten über 500 EUR werden bis zu einer Selbstbeteiligung von 1.500 EUR zu 75 % erstattet. Darüber hinaus werden erstattungsfähige Kosten zu 100 % reguliert.

Nicht unter die oben genannte Regelung fallen die erstattungsfähigen Kosten für

- Sehhilfen,
- ambulante Entbindung oder Hausentbindung einschließlich Entbindungspauschale.

Die Höhe des jährlichen Selbsthalts oder der Selbstbeteiligung ändert sich im Falle eines Tarifwechsels nicht. In anderen Tarifen getragene Selbstbehalte oder Selbstbeteiligungen werden nicht angerechnet. § 4 II Ziff. I AVB 2009 findet keine Anwendung.

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- **ärztliche Leistungen in Deutschland**
soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze(s. Anhang, Ziff. 1) nicht überschreiten, und
- **in Deutschland ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel**
 - jeweils zu 100 %
wenn bei einem neu eingetretenen Krankheitsfall für die erstmalige oder einmalige Heilbehandlung ein Hausarzt in Anspruch genommen wird. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen.
 - jeweils zu 75 %
wenn bei einem neu eingetretenen Krankheitsfall für die erstmalige oder einmalige Heilbehandlung ein anderer als ein Hausarzt in Anspruch genommen wird.
 - Als **Hausarzt** gilt: Arzt ohne Gebietsbezeichnung, praktischer Arzt, Arzt für Allgemeinmedizin, als Hausarzt tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung (s. Anhang, Ziff. 2), Facharzt für Gynäkologie, Facharzt für Augenerkrankungen, Facharzt für Kindererkrankungen ohne Schwerpunktbezeichnung (s. Anhang, Ziff. 3), Notarzt, Bereitschaftsarzt.
 - Als **ärztliche Leistungen** gelten Beratungen, Besuche, Wegegeld, Operationen, Sonderleistungen.
 - 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.
- **ärztliche Leistungen und ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel im europäischen und außereuropäischen Ausland** zu 75 %
soweit die Aufwendungen den dort ortsüblichen Kosten entsprechen.
- **psychotherapeutische Behandlung** zu 75 %
 - Erstattungsfähig sind bis zu 30 Sitzungen pro Versicherungsjahr.
- **Heilpraktikerbehandlung** zu 75 %
 - Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig bis zu den Höchstsätzen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).
 - Erstattungsfähig sind auch durch Heilpraktiker verordnete Arzneimittel und Verbandmaterial. Als solche gelten nicht die oben unter Arznei- und Verbandmittel ausgeschlossenen Arzneimittel.
- **Heilmittel** zu 75 %
Erstattungsfähig sind die Kosten für Heilmittel in angemessener Höhe. Als angemessen ist eine Vergütung anzusehen, die sich an den Beihilfevorschriften des Bundes (BhV) orientiert. Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendungen der physikalischen Medizin.

- **Hilfsmittel** (ohne Sehhilfen) zu 75%
 - Als Hilfsmittel gelten ausschließlich Bandagen, Bruchbänder, Fußeinlagen, Kompressionsstrümpfe, Hör-, Geh- und Stützapparate, handgetriebene Krankenfahrstühle, Kunstglieder, Leibbinden, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).
- **Sehhilfen** (Brillengläser, Brillenfassungen, Kontaktlinsen) zu 100%
 - Erstattet werden je versicherter Person bis zu 100 EUR innerhalb von zwei Versicherungsjahren.
- **Transporte** zu oder von der ambulanten Heilbehandlung, soweit sie medizinisch notwendig sind und ärztlich bescheinigt werden, zu 100 %
- **Vorsorgeuntersuchungen** zu 100 %
 - 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, Ziff. 1) berechnet werden.
- **Schutzimpfungen** zu 100%
 - soweit sie von der Ständigen Impfkommission empfohlen werden (s. Anhang, Ziff. 4), gemäß den Ziffern 375bis 378 der GOÄ berechnet werden und deren Höchstsätze (s. Anhang, Ziff. 1) nicht überschreiten.
- **ambulante Entbindung oder Hausentbindung** (s. auch nachfolgend unter B) zu 100%
 - ärztliche Leistungen, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze (s. Anhang, Ziff. 1) nicht überschreiten
 - Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger
 - Bei einer Entbindung ohne stationäre Behandlung wird zusätzlich zur Kostenerstattung für ärztliche Leistungen und Hebamme bzw. Entbindungspfleger eine Entbindungspauschale gewährt. Diese beträgt 300 EUR

Die Kosten für ärztliche Leistungen, Medikamente und Heilmittel werden gemäß den oben festgelegten Grundsätzen auch dann erstattet, wenn sie im Rahmen ambulanter Kuren anfallen.

2. Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für folgende Leistungen zu 100 %

- **Regelleistungen** (§ 4 II Ziff. 2 a der AVB 2009) im Krankenhaus (§ 4 I Ziff. 4 AVB 2009)
 - Unterbringung im Mehrbettzimmer ohne privatärztliche Behandlung
 - belegärztliche Leistung, soweit sie im Rahmen der GOÄ berechnet werden darf und deren Höchstsätze (s. Anhang, Ziff. 1) nicht überschreitet
- **Transporte** zum/vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, soweit medizinisch notwendig.

3. Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- **zahnärztliches Honorar**, soweit es im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf und deren Höchstsätze (s. Anhang, Ziff. 1) nicht überschreitet, bei
 - **Zahnbehandlung**, auch Inlays, zu 100 %
 - **prophylaktischen Leistungen** gemäß Ziff. 1000 – 1040 GOZ zu 100 %
 - **Zahnersatz** zu 60 %
Hierzu zählen: Prothesen, Stiftzähne, Kronen, Brücken, Brückenglieder, Onlays, Implantate, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Reparaturen.
- **zahntechnische Laborarbeiten und Materialien**, soweit zu den üblichen Preisen berechnet, zu 60 %
- **kieferorthopädische Behandlung**, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf und deren Höchstsätze (s. Anhang, Ziff. 1) nicht überschreitet sowie für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit zu den üblichen Preisen berechnet,
 - bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zu 100 %
 - ab dem 19. Lebensjahr zu 60 %

Die Kosten für zahntechnische Leistungen werden dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem der Zahnarzt oder der Kieferorthopäde die angefertigten Materialien eingliedert.

Die gesamte Erstattungsleistung ist je versicherter Person und je Versicherungsjahr **begrenzt** auf 1000 EUR

Ist die Behandlung auf einen **Unfall** zurückzuführen, der sich nach Vertragsschluss ereignet hat, erhöht sich der Leistungsanspruch auf 5000 EUR

Der Höchsterstattungsbetrag 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 Höchsterstattungsbetrag nicht.

4. Rücktransport, Überführung oder Beisetzung

Erstattungsfähig sind 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.
- 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

5. Einschränkung der Leistungspflicht

- In Ergänzung zu § 5 I Ziff. 1 AVB 2009 besteht für die Verfahren der **künstlichen Befruchtung** einschließlich begleitender Maßnahmen und weiterer ärztlicher Behandlungen hierzu **kein Leistungsanspruch**.
- **Abweichend von § 5 I Ziff. 2 AVB 2009 wird vereinbart:** Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder wird für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme eine unangemessen hohe Vergütung berechnet, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

C. Option auf Höherversicherung

Bis zum vollendeten 56. Lebensjahr steht jeder versicherten Person die Option auf eine Höherversicherung nach folgenden Grundsätzen zu:

- Zum 1. Januar des vierten oder des sechsten Versicherungsjahres (Optionszeitpunkte) kann die versicherte Person ohne Gesundheitsprüfung und ohne neue Wartezeiten in eine Krankheitskostenvollversicherung mit höheren Leistungen bei der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a. G. wechseln. Der Wechsel kann in Tarife erfolgen, für die die versicherte Person versicherungsfähig ist und die für den Neuzugang geöffnet sind.
- Der Antrag auf Ausübung der Option ist spätestens bis zum möglichen Optionszeitpunkt zu stellen.
- Die Option kann während der Mitgliedschaft bei der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. nur einmal ausgeübt werden.
- Vor Abschluss des Tarifs BONUS CARE, Tarifstufe Start (855), darf keine anderweitige Krankheitskostenvollversicherung bei der MÜNCHENER VEREIN Krankenversicherung a.G. bestanden haben.
- Der nach dem Tarifwechsel zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem dann erreichten Eintrittsalter (siehe auch § 8 a I Ziff. 2 AVB 2009). Besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden bei der Umstellung in den neuen Tarif entsprechend angepasst und Leistungsaus-schlüsse übernommen. Vorhandene Alterungsrückstellungen werden gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen beitragsmindernd angerechnet.

Das Recht auf einen Wechsel des Tarifs gemäß § 204 Versicherungsvertragsgesetz wird durch das Optionsrecht nicht berührt.

D. Beitragsrückerstattung

Es gelten die Bestimmungen von § 8 II Ziff. 3 AVB 2009.

E. Leistungsanpassung

Gemäß § 8 b I Ziff. 1 bzw. § 8 b II der AVB 2009 können bei nicht nur vorübergehender Abweichung der tatsächlich erforderlichen von den rechnungsmäßig kalkulierten Leistungsauszahlungen die Beiträge sowie der Selbstbehalt für Kosten ambulanter Heilbehandlung mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung auch betragsmäßig festgelegte Höchstleistungsbeträge mit Zustimmung des Treuhänders erhöht werden.

F. Leistungen des Versicherungsnehmers

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

G. Wartezeiten

Die Wartezeiten gemäß § 3 I Abs. 2 und 3 der AVB 2009 entfallen für Personen, deren Versicherungsschutz in unmittelbarem Anschluss an ihr Ausscheiden aus einer gesetzlichen oder einer privaten Krankenversicherung beginnt. Ein vorangegangener privater Vollversicherungsschutz muss nachweislich ambulante und stationäre Heilbehandlung mit Anspruch auf allgemeine Krankenhausleistung umfasst haben. Für eine gleichzeitig abgeschlossene Krankenhaustagegeldversicherung bzw. Krankentagegeldversicherung entfallen die Wartezeiten entsprechend.

Anhang

1. **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.
2. **Schwerpunktbezeichnungen bei Internisten** sind: Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie.
3. **Schwerpunktbezeichnungen bei Fachärzten für Kindererkrankungen** sind: Kinderkardiologie, Neonatologie.
4. Von der Ständigen Impfkommission empfohlene **Schutzimpfungen** sind zurzeit diejenigen gegen Diphtherie, FSME (Zeckenschutzimpfung), Grippe, Hepatitis A, Hepatitis B, Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Tbc, Wundstarrkrampf.