

Tarife KVG1 - KVG3

für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

I. Versicherungsleistungen

Nach Abzug des jeweils vereinbarten Selbstbehalts (siehe Nummer 4.) werden die im Folgenden aufgeführten Leistungen für ambulante Heilbehandlung, für stationäre Heilbehandlung sowie für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie erstattet.

1. Ambulante Heilbehandlung

1.1. Arztbehandlungen, Transportkosten und Sonstiges

1.1.1. Arztbehandlungen **zu 100 % bei Behandlung durch einen Primärarzt**

Hierzu gehören Beratungen, Besuche, Sonderleistungen, Röntgendiagnostik und -therapie und ärztliche Wegegebühren.

1.1.2. Transportkosten und Sonstiges **zu 100 %**

Transportkosten sind nur im Rahmen einer ambulanten Operation bis 50 EUR erstattungsfähig, sofern der Transport medizinisch notwendig ist. Ferner sind Transportkosten bei ambulanter Behandlung erstattungsfähig, wenn es sich um einen Rettungstransport handelt.

Weiterhin ist Hebammenhilfe erstattungsfähig.

Häusliche Behandlungspflege durch anerkannte Pflegedienste ist erstattungsfähig, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

1.2. Arznei- und Verbandmittel **zu 100 % bei Behandlung durch einen Primärarzt**

Arznei- und Verbandmittel werden erstattet, soweit sie ärztlich verordnet sind.

Als Behandlungen durch einen Primärarzt nach den Nummern 1.1.1. und 1.2. gelten Behandlungen durch einen Facharzt für Allgemeinmedizin / praktischen Arzt, einen Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, einen Facharzt für Frauenheilkunde, für Augenheilkunde oder für Kinderheilkunde. Soll die Erstattung gemäß den Nummern 1.1.1. und 1.2. bei sonstigen Facharztbehandlungen wie bei Primärarztbehandlungen erfolgen, muss die Erstbehandlung von einem Primärarzt durchgeführt werden und ist durch die Erstbehandlungsrechnung nachzuweisen. Wird die Erstbehandlung nicht durch einen Primärarzt durchgeführt, reduziert sich die Erstattung nach den Nummern 1.1.1. und 1.2. auf 80 %. Für ambulante Operationen gilt die Erstattung wie bei einer Behandlung durch einen Primärarzt (100 % nach den Nummern 1.1.1. und 1.2.); Gleiches gilt für die Erstversorgung, wenn in einem akuten Notfall kein Primärarzt zu erreichen ist, sowie für ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen gemäß § 1 (2) b) MB/KK 2009 und für von der STIKO empfohlene Schutzimpfungen gemäß der Tarifbedingung a zu § 1 (2) MB/KK 2009.

1.3. Heilmittel **zu 90 %**

Als Heilmittel gelten:

Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Ergotherapie, Logopädie, Schwangerschaftsgymnastik, Massagen, medizinische Bäder jeder Art sowie alle anderen Heilmittel gemäß Tarifbedingung b zu § 4 (3) MB/KK 2009.

1.4. Hilfsmittel **zu 90 %**

Als Hilfsmittel gelten ausschließlich:

Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenz-Versorgungsartikel; Bandagen; Orthesen und Prothesen, jeweils in funktionaler Standardausführung; die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bruchbänder, Leibbinden und Gummistrümpfe, orthopädischen Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädischen Schuhe, Einlagen, Schuhzurichtungen, Kunstaugen, Blutgerinnungsmessgeräte (wie z. B. „CoaguChek“), Insulinpumpen, Medikamentenpumpen und Absauggeräte; Heimdialysegeräte; Rollatoren und Krankenfahrstühle. Hör- und Sprechhilfen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR je Versicherungsfall erstattungsfähig.

Erstattungsfähig sind auch die Kosten für das Ausleihen und die Reparatur dieser Hilfsmittel.

Sauerstoffkonzentratoren, Flüssigsauerstoff, Herz- und Atemmonitore sowie Pulsoxymeter für Säuglinge werden bei bestehender medizinischer Notwendigkeit vom Versicherer zur Verfügung gestellt.

Weiterhin werden Pumpen und technisches Zubehör zur Verabreichung einer künstlichen Ernährung (enterale Ernährung) sowie die entsprechenden medizinischen Nährlösungen erstattet.

1.5. Sehhilfen

Für Sehhilfen werden bis 100 EUR erstattet. Ein Anspruch auf die Leistung für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht frühestens 36 Monate nach dem letzten Bezug.

1.6. Hausentbindungen

Bei Hausentbindungen wird neben der Kostenerstattung gemäß den Nummern 1.1. bis 1.4. zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z. B. Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege) ein Betrag von 500 EUR gezahlt. Dieser Betrag wird nicht auf tariflich vereinbarte Selbstbehalte angerechnet.

Ambulante Heilbehandlungen durch Heilpraktiker einschließlich Heilmittel und Wegegebühren (gemäß GebüH) oder durch Ärzte nach Methoden der Besonderen Therapierichtungen (Hufeland-Leistungsverzeichnis) sind nicht erstattungsfähig. Ambulante Kuren und ambulante Psychotherapie sind ebenfalls nicht erstattungsfähig. Die Tarifbedingung zu § 1 (2) b MB/KK 2009 findet keine Anwendung. Nicht versichert sind Inseminationen und künstliche Befruchtungen einschließlich der Maßnahmen, die im Rahmen dieser Therapien durchgeführt werden.

2. Stationäre Heilbehandlung und Entbindung zu 100 %

2.1. Allgemeine Krankenhausleistungen (Mehrbettzimmer) gemäß der Bundespflegesatzverordnung (§§ 7 - 8 BPfIV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (§ 7 KHEntgG); Aufwendungen für Wahlleistungen (§ 16 BPfIV bzw. § 17 KHEntgG) sowie für stationäre Kurz- bzw. Sanatoriumsbehandlung sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

2.2. Kosten des Transports mittels Krankenwagen oder Rettungshubschrauber zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück.

2.3. Arzthonorare bei belegärztlicher Behandlung im Krankenhaus.

2.4. Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen gelten als für die Mutter entstanden. Sie werden im tariflichen Umfang zusammen mit den Entbindungskosten erstattet.

2.5. Durchführung von Operationen im ambulanten Bereich

Wird eine Operation nicht stationär, sondern ambulant durchgeführt, erhält die versicherte Person Heil- und Hilfsmittel gemäß den Nummern 1.3. bzw. 1.4., die im Zusammenhang mit der ambulanten Operation stehen, zu 100 % erstattet.

3. Zahnärztliche Behandlung

3.1. Zahnbehandlung zu 100 %

Als Zahnbehandlung gelten:

Allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische Leistungen, konservierende Leistungen (mit Ausnahme von Kronen und Einlagefüllungen), chirurgische Leistungen, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums sowie Röntgenuntersuchungen.

Erstattungsfähig im Rahmen einer Zahnbehandlung sind weiterhin Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden.

3.2. Zahnersatz und Kieferorthopädie zu 50 %

Als Zahnersatz gelten:

Prothetische Leistungen einschließlich Kronen und Einlagefüllungen (auch bei Versorgung eines Einzelzahn), Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische sowie implantologische Leistungen.

Erstattungsfähig im Rahmen dieser medizinisch notwendigen Heilbehandlung sind weiterhin zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden.

Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

Zu Beginn der Versicherung gelten für Zahnersatz und Kieferorthopädie insgesamt folgende Erstattungshöchstbeträge:

insgesamt	375 EUR	bis zum Ende des 2. Versicherungsjahres
insgesamt	750 EUR	bis zum Ende des 4. Versicherungsjahres
insgesamt	1.500 EUR	bis zum Ende des 6. Versicherungsjahres
	2.500 EUR	ab dem 7. Versicherungsjahr pro Jahr.

Sind Zahnersatz oder Kieferorthopädie wegen eines Unfalles (siehe Tarifbedingung zu § 1 (1) MB/KK 2009) erforderlich, der nach der Policierung eingetreten ist, so entfallen diese Höchstsätze für den jeweiligen Versicherungsfall.

*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigelegt.

Zu 3.

Für Leistungen nach den Nummern 3.1. und 3.2. (zahnärztliche Leistungen) erfolgt abweichend von der Tarifbedingung zu § 4 (2) MB/KK 2009 eine Begrenzung auf die Regelhöchstsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) (2,3-facher Satz für persönliche Leistungen, 1,8-facher Satz für medizinisch-technische Leistungen, 1,15-facher Satz für Laborleistungen). Für die Teile der Aufwendungen, die durch Überschreiten der Regelhöchstsätze anfallen, besteht kein Leistungsanspruch.

4. Selbstbehalt

4.1. In den Tarifen KVG1 - KVG3 erfolgt die tarifliche Leistung nach Abzug von Selbsthalten.

Der Selbstbehalt beträgt je versicherte Person in

Tarif KVG1	0 EUR
Tarif KVG2	300 EUR
Tarif KVG3	600 EUR

Der jeweilige Selbstbehalt bezieht sich auf den Gesamtbetrag der in einem Kalenderjahr für die versicherte Person zu erstattenden Beträge. Der Betrag bei Hausentbindungen gemäß Nummer 1.6. wird nicht auf den jeweiligen Selbstbehalt angerechnet.

4.2. Beginnt die Versicherung nicht am 01. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich der jeweilige Selbstbehalt für dieses Jahr um 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Diese Regelung gilt auch, wenn der Selbstbehalt anlässlich einer Beitragsanpassung gemäß §§ 8a, 8b der Muster- und Tarifbedingungen unterjährig geändert wird. Werden die Beiträge angepasst (siehe §§ 8a, 8b der Muster- und Tarifbedingungen), so kann nach den technischen Berechnungsgrundlagen auch der Selbstbehalt geändert werden. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

II. Gesundheitsrabatt

Der Versicherer räumt ab dem 2. Monat nach Versicherungsbeginn bis zum 30.06. des 2. Versicherungsjahres jeder versicherten Person ab dem versicherungstechnischen Alter 20 einen Gesundheitsrabatt in Höhe von 10 % ein, falls die versicherte Person die vom Versicherer festgelegten Kriterien eines Gesundheits-Checks erfüllt. Der Gesundheits-Check muss spätestens sechs Wochen nach Policierung durchgeführt werden. Die zu erfüllenden Kriterien für den Gesundheitsrabatt können beim Versicherer erfragt werden. Die Unterlagen für den Gesundheits-Check werden vom Versicherer ausgehändigt. In Ausbildungstarifen wird kein Gesundheitsrabatt angeboten.

III. Optionsrecht auf höherwertigen Versicherungsschutz

Der Versicherungsnehmer erhält für jede versicherte Person, die sich im 4., 6. oder 8. Versicherungsjahr - gerechnet ab Beginn des Vollversicherungsschutzes - befindet, das Recht, einmalig zu erleichterten Bedingungen in einen höherwertigen Versicherungsschutz der HanseMerkur Krankenversicherung AG zu wechseln, sofern ab Beginn der Krankheitskostenvollversicherung bei der HanseMerkur ununterbrochen Versicherungsschutz nach den Tarifen KVG1, KVG2, KVG3, KVE1, KVE2 oder KVE3 bestanden hat. Bei Umstellung im 4. Versicherungsjahr wird auf eine erneute Gesundheitsprüfung und auf Risikozuschläge aufgrund zwischenzeitlich neu aufgetretener Krankheiten verzichtet. Beitragszuschläge oder Leistungseinschränkungen können nur für Diagnosen vergeben werden, die bereits beim bisherigen Versicherungsschutz zu einem Risikozuschlag oder zu Leistungseinschränkungen geführt haben. Bei Umstellung im 6. Versicherungsjahr bzw. im 8. Versicherungsjahr kann für hinzukommende Teile des Versicherungsschutzes (Mehrleistung) ein Risikozuschlag gemäß § 8a (4) MB/KK 2009 verlangt werden, sofern ein erhöhtes Risiko vorliegt. Der für neu festgestellte Diagnosen vergebene Risikozuschlag für die Mehrleistung ist bei Umstellung im 6. Versicherungsjahr auf 50 % und bei Umstellung im 8. Versicherungsjahr auf 100 % des auf die Mehrleistung entfallenden Anteils des individuellen Tarifbeitrags beschränkt. Bereits bestehende Risikozuschläge werden bei der jeweiligen Umstellung gemäß § 8a (3) MB/KK 2009 angepasst.

Für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes sind keine Wartezeiten einzuhalten. Für laufende Versicherungsfälle wird ab dem Umstellungstermin nach den dann geltenden Tarifen geleistet.

Eine Umstellung der Versicherung für Kinder, die nach den Bestimmungen der Kindernachversicherung gemäß § 2 (2) und (3) MB/KK 2009 versichert wurden, zu erleichterten Bedingungen darf nur in Tarife erfolgen, die nicht höherwertig als der Versicherungsschutz eines Elternteils sind. Zusätzlich zu den zulässigen Umstellungsterminen kann die Umstellung auch gleichzeitig mit der Ausübung des Optionsrechts eines Elternteils erfolgen. In diesem Fall ist die Versicherungsdauer dieses Elternteils maßgeblich.

Das Recht auf Tarifwechsel gemäß § 204 VVG wird durch das Optionsrecht auf einen höherwertigen Versicherungsschutz nicht eingeschränkt.

IV. Versicherungsfähigkeit mit anderen Tarifen

Mit einem der Tarife KVG1, KVG2 oder KVG3 zusammen dürfen keine anderen Tarife für ambulante oder zahnärztliche Behandlung versichert werden. Stationärтарife dürfen höchstens Wahlleistungen für die Chefarztbehandlung und die Unterbringung im Zweibettzimmer umfassen.

V. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Tarifbedingungen.