



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung (KV707_201001)

Teil III Tarife

Tarif CC30 mit Anspruch auf Übertragungswert für ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie für zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz

Gültig in Verbindung mit

Teil I Musterbedingungen (MB/KK) und

Teil II Tarifbedingungen der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

1. Selbstbehalt

Von den unter 2. genannten Versicherungsleistungen wird ein Selbstbehalt von 1.600,00 EUR pro Person und Kalenderjahr abgezogen. Die Aufwendungen sind jeweils dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Arznei- und Hilfsmittel bezogen wurden.

Beginnt die Versicherung während des zweiten Quartals eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich für das erste Kalenderjahr der Selbstbehalt um ein Viertel, bei Beginn im dritten oder vierten Quartal jeweils um ein weiteres Viertel. Entsprechendes gilt bei erstmaliger Vereinbarung oder Erhöhung eines Selbstbehaltes während eines Kalenderjahres. Bei einer Reduzierung des Selbstbehaltes gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel der jeweils vereinbarte Selbstbehalt ungekürzt. Ein für das Kalenderjahr bereits getragener Selbstbehalt wird auf den neuen Selbstbehalt angerechnet. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

2. Versicherungsleistung

2.1. Ambulante Leistungen

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstaben a bis i und l AVB) werden zu 100 % ersetzt. Aufwendungen für Brillengestelle sind innerhalb von zwei Kalenderjahren bis zu einem Rechnungsbetrag von 103,00 EUR erstattungsfähig. Für Krankenfahrstühle wird ein Zuschuss von 1.500,00 EUR gewährt. Aufwendungen für orthopädische Schuhe werden mit ärztlicher Verordnung nach Abzug eines Eigenanteils von 102,00 EUR für ein Paar pro Jahr erstattet. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für medizinisch notwendige Transporte zur ambulanten Notfallbehandlung.

2.2. Stationäre Heilbehandlung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstaben j und l AVB) und Wahlleistungen (gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- und Zweibettzimmer sowie gesondert berechenbare ärztliche Leistungen; § 4 Teil II Abs. 1 Buchstaben k und l AVB) werden zu 100 % ersetzt.

Werden bei vollstationärer Heilbehandlung weder die Kosten für eine Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer noch für eine privatärztliche Behandlung in Anspruch genommen, erfolgt die 100%ige Erstattung der allgemeinen Krankenhausleistungen und zusätzlich wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 51,13 EUR gewährt. Werden lediglich die Kosten für eine der beiden Wahlleistungen nachgewiesen, wird zusätzlich zur 100%igen Erstattung der Kosten ein Krankenhaustagegeld von 25,56 EUR gezahlt. Wird bei teilstationärer Behandlung auf eine privatärztliche Behandlung verzichtet, wird ein Krankenhaustagegeld von 25,56 EUR gezahlt.

2.3. Zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe m AVB) werden zu 100 % ersetzt. Für Inlaybehandlung (Einlagefüllungen) gilt jedoch der Erstattungssatz für Zahnersatz.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz, Kieferorthopädie und Inlay-Behandlungen (Einlagefüllungen) werden zu 80 % ersetzt.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe n AVB) sowie für Inlay-Behandlungen (Einlagefüllungen) sind pro versicherte Person in den ersten beiden Versicherungsjahren auf jeweils 2.046,00 EUR begrenzt, das heißt bei der Berechnung der Versicherungsleistung wird höchstens von 2.046,00 EUR ausgegangen. Im dritten Versicherungsjahr erhöht sich dieser Betrag auf 3.068,00 EUR. Hiervon ausgehend beträgt der Erstattungssatz 80 %.

Diese Begrenzungen entfallen

- ab dem vierten Versicherungsjahr,
- für solche erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

Übersteigt bei Zahnersatz und Kieferorthopädie der zu erwartende Gesamtrechnungsbetrag 2.500,00 EUR, so soll dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan eingereicht werden, damit dem Versicherungsnehmer vor Behandlungsbeginn der Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen mitgeteilt werden kann.

Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.

3. Monatsbeiträge

Es gelten die im Versicherungsschein ausgewiesenen Beiträge.

Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem Geschlecht und dem erreichten Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter). Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß § 8 a der AVB Rechnung getragen.

Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, die für Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Mit dem der Vollendung des 16. Lebensjahres folgenden Monat ist der dann gültige Jugendlichenbeitrag und mit dem der Vollendung des 21. Lebensjahres folgenden Monat der dann gültige Erwachsenenbeitrag (Eintrittsalter 21) des jeweiligen Geschlechts zu zahlen.

4. Übertragungswert

Bei Tarif CC30 besteht Anspruch auf einen Übertragungswert gemäß § 13 Abs. 8 AVB.