

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung

Teil II - Tarif mit Tarifbedingungen Tarif 2700 Einzelversicherung B3 51 278

Teil II gilt in Verbindung mit den AVB für die Krankheitskostenversicherung (Teil I - Allgemeine Bedingungen) - B3 51 398.

Inhalt:

- § 1 Wer kann in diesen Tarif aufgenommen werden?
- § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?
- § 3 Gelten Wartezeiten?
- § 4 Welche Selbstbeteiligung gilt?
- § 5 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

§ 1 Wer kann in diesen Tarif aufgenommen werden?

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in den neuen Bundesländern einschließlich Berlin (Ost) haben.

§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?

(1) Ambulante Heilbehandlung

a) Ärztliche Leistungen

Erstattet werden 100% des Rechnungsbetrages bis zum 2,3fachen Satz der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit Ausnahme der Abschnitte A, E, M und O. Die ärztlichen Leistungen nach den Abschnitten A, E und O werden bis zum 1,8fachen Satz der GOÄ und diejenigen nach Nr. 437 und Abschnitt M der GOÄ werden bis zum 1,15fachen Satz der GOÄ erstattet. Außerdem werden Hebammenkosten erstattet.

b) Nichtärztlicher Psychologe, Heilpraktiker

Die Kosten der Behandlung durch einen nichtärztlichen Psychologen, der nicht unter Leitung eines Arztes tätig wird, oder einen Heilpraktiker werden nicht erstattet.

c) Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel
Erstattet werden 85% der Kosten bis zu einer Selbstbeteiligung von 200 EUR je Versicherungsjahr, darüber hinaus 100% der Kosten für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel. Für Brillengestelle wird ein Betrag von 11 EUR erstattet.

Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Kosten für Sehhilfen besteht für versicherte Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

Soweit ein Hilfsmittel mehr als 307 EUR kostet, wird für versicherte Personen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur einmal für einen Zeitraum von drei Kalenderjahren geleistet. Diese Einschränkung gilt nicht bei nachgewiesenem Bedarf infolge Gebrauchs- bzw. Funktionsunfähigkeit.

Ergänzend gilt:

Als Arzneimittel, auch wenn sie als solche verordnet sind, gelten nicht Geheimmittel (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekannt gegeben wird), Nahrungsmittel, Stärkungsmittel, nicht rezeptpflichtige Entfettungs- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwasser und Badezusätze.

Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendungen der physikalischen Medizin durch dazu qualifizierte Personen, nicht jedoch Thermal-, Sauna- oder ähnliche Bäder.

Als Hilfsmittel gelten ausschließlich Bandagen, Brillen, Bruchbänder, Fußeinlagen, Gipsliegenschalen, Hörgeräte, medizinisch notwendige Kontaktlinsen, Korrekturschienen, Krankenfahrstühle, Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).

d) Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort
Die Leistungsbeschränkung nach Teil I § 4 Abs. 1 f) entfällt.

(2) Stationäre Heilbehandlung

Erstattet werden 100% der Aufwendungen (auch für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V) für allgemeine Krankenhausleistungen bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft oder Entbindung. Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen nicht Leistungen, die gesondert wählbar und zusätzlich berechenbar sind.

Die Kosten für einen Belegarzt werden entsprechend den in Abs. 1 a) festgelegten GOÄ-Sätzen übernommen. Belegarzt ist ein nicht am Krankenhaus angestellter Arzt, der seinen Patienten bei Krankenhausaufenthalt behandelt.

(3) Krankentransport/Fahrtkosten

Erstattet werden 100% des 10 EUR je Fahrt übersteigenden Betrages für medizinisch notwendige Transporte bei stationärer Behandlung zum oder vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und Fahrtkosten zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten ambulanten Heilbehandlung bei ärztlich bestätigter Gehunfähigkeit.

(4) Zahnärztliche Heilbehandlung

a) Zahnbehandlung

Erstattet werden 100% des Rechnungsbetrages bis zum 2,3fachen Satz der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. GOÄ mit Ausnahme der Abschnitte A, E, M und O. Die ärztlichen Leistungen nach den Abschnitten A, E und O werden bis zum 1,8fachen Satz der GOÄ und diejenigen nach Nr. 437 und Abschnitt M der GOÄ werden bis zum 1,15fachen Satz der GOÄ erstattet.

b) Kieferorthopädische Behandlung

Erstattet werden 100% des Rechnungsbetrages bis zum 2,3fachen Satz der GOZ.

c) Zahnersatz

Erstattet werden 60% des Rechnungsbetrages bis zum 2,3fachen Satz der GOZ. Die ärztlichen Leistungen nach den Abschnitten A, E, M und O werden entsprechend den in a) festgelegten GOÄ-Sätzen erstattet.

Zu den Zahnersatzkosten gehören zahnärztliches Honorar, Material und Laborkosten für prothetische Leistungen (z. B. Prothesen, Stiftzähne, Brücken) einschließlich Kronen bzw. Teilkronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes) und Gussfüllungen.

d) Zu a) bis c) gilt ergänzend:

aa) Kosten für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie zu den üblichen Preisen berechnet sind, werden zu 60% erstattet.

bb) In den ersten 12 Monaten werden höchstens 500 EUR (1. Leistungsabschnitt) und in den ersten 24 Monaten höchstens 1.000 EUR (2. Leistungsabschnitt) erstattet.

cc) Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der Aufwendungen ist das Behandlungsdatum. Für Aufwendungen, die im 1. Leistungsabschnitt entstehen und den Erstattungshöchstbetrag von 500 EUR übersteigen, besteht kein Erstattungsanspruch, insbesondere können diese nicht zu einem späteren Zeitpunkt mit dem Erstattungshöchstbetrag des nachfolgenden Leistungsabschnitts verrechnet werden. Diese Regelung gilt entsprechend für den Leistungsabschnitt 2.

dd) Bei Tarifwechsel wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif mit Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Höchstbeträge in Tarif 2700 angerechnet. Nach bisherigen Tarifen erbrachte Leistungen werden bei der Erstattung aus Tarif 2700 bis zu den Erstattungshöchstbeträgen je Leistungsabschnitt angerechnet. Bei einem Wechsel aus einem Tarif, der als ergänzender Versicherungsschutz zur gesetzlichen Krankenversicherung bestand, werden weder die Versicherungsdauer noch erbrachte Leistungen des bisherigen Tarifes angerechnet.

§ 3 Gelten Wartezeiten?

Die Wartezeiten gemäß Teil I § 5 Abs. 2 und 3 entfallen. Teil I § 5 Abs. 4 gilt insoweit nicht.

§ 4 Welche Selbstbeteiligung gilt?

Die Selbstbeteiligung in Höhe von 200 EUR für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (§ 2 Abs. 1 c)) gilt pro versicherte Person und Kalenderjahr. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen werden.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, werden die Selbstbeteiligungen für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat gemindert. Dies gilt entsprechend bei Tarifwechsel mit erstmaliger Vereinbarung oder Erhöhung einer summenmäßigen Selbstbeteiligung während eines Kalenderjahres.

Bei Tarifwechsel mit Herabsetzung der summenmäßigen Selbstbeteiligung gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel die jeweils vereinbarte Selbstbeteiligung ungekürzt.

Eine für das Kalenderjahr bereits getragene Selbstbeteiligung wird auf die neue Selbstbeteiligung jeweils angerechnet.

Endet die Versicherung während des Kalenderjahres, so bleibt die Höhe der vereinbarten Selbstbeteiligung unberührt.

§ 5 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Die Beiträge gelten für das erreichte Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter).

Nach Ablauf des Monats, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, ist gemäß Teil I § 16 Abs. 2 der für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß Teil I § 17 Abs. 2 Rechnung getragen.