

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung

Teil II - Tarife mit Tarifbedingungen

Tarife 70, 71 für ambulante Heilbehandlung Einzelversicherung B3 51 230

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

Inhalt:

- § 1 Wer kann in diese Tarife aufgenommen werden?
- § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?
- § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?
- § 4 Wann entfallen die Wartezeiten?
- § 5 Welche Selbstbeteiligungen gelten?
- § 6 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

§ 1 Wer kann in diese Tarife aufgenommen werden?

In die Tarife werden nur Personen aufgenommen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesen Tarifen zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?

Nachstehende Aufwendungen werden mit den tariflichen Sätzen erstattet.

(1) Ambulante Heilbehandlung

a) Ärztliche Leistungen einschließlich Vorsorgeuntersuchungen, auch über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus. Stehen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, gilt Teil I § 4 Abs. 2 Satz 2.

b) Behandlungen durch Heilpraktiker bis zu den Mindestsätzen des jeweils aktuellen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH). Für Leistungen, bei denen das GebüH nur einen Höchstsatz ausweist, sind die Aufwendungen bis zu diesem Höchstsatz erstattungsfähig.

c) Psychotherapie maximal 30 Sitzungen pro Versicherungsjahr, auch über die Höchstsätze der jeweils geltenden Gebührenordnungen hinaus. Stehen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, gilt Teil I § 4 Abs. 2 Satz 2.

d) Arzneimittel

e) Physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)

f) Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

g) Sehhilfen maximal 410 EUR innerhalb von 24 Monaten. Bei der Ermittlung der maximalen Erstattungshöhe werden ausgehend vom Bezugsdatum der betreffenden Sehhilfe jeweils alle Erstattungen der letzten 24 Monate berücksichtigt. Die individuelle Erstattungshöhe hängt somit jeweils von den Erstattungen der letzten 24 Monate ab.

h) Dialyse

i) Schutzimpfungen

j) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung zusätzliche Pauschale von 1.000 EUR bei ambulanter Entbindung oder Hausentbindung

k) Kurbehandlung bis zu einer Dauer von 4 Wochen; ein erneuter Leistungsanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 24 Monaten

l) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte

(2) Erstattungsprozentsätze

Die Aufwendungen werden - unter Berücksichtigung der tariflichen Selbstbeteiligung gemäß § 5 - mit nachstehenden Prozentsätzen erstattet:

Tarife 701 - 705

- 100%

Tarif 710

- 80%

- 100% nach Erreichen der tariflichen summenmäßigen Begrenzung der Selbstbeteiligung

Tarif 711

- 70%

- 100% nach Erreichen der tariflichen summenmäßigen Begrenzung der Selbstbeteiligung

Tarif 712

- 60%

- 100% nach Erreichen der tariflichen summenmäßigen Begrenzung der Selbstbeteiligung

Die prozentualen Selbstbeteiligungen in den Tarifen 710, 711 und 712 gelten bis zum Erreichen der summenmäßigen Begrenzung der Selbstbeteiligung auch für den Höchstbetrag für Sehhilfen und die Entbindungspauschale gemäß Abs. 1 g) und j).

(3) Leistungen bei Auslandsaufenthalten

a) Aufwendungen für Auslandsbehandlungen

Die Aufwendungen für ambulante Behandlungen im Ausland sind im Rahmen der tariflichen Leistungsusage erstattungsfähig, soweit sie den dort ortsüblichen Kosten entsprechen. Das gilt unabhängig davon, ob die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt oder sich im Ausland nur vorübergehend aufhält, soweit in diesen Fällen Versicherungsschutz vereinbart ist.

Die Aufwendungen nach Satz 1 sind auch bei Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts bestehen, erstattungsfähig. Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt.

b) Dauer des Versicherungsschutzes im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung von Teil I § 2 Abs. 1 Satz 3 wird der Versicherungsschutz während eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auf insgesamt zwei Monate ausgedehnt. Die Möglichkeit nach Teil I § 2 Abs. 1 Satz 2, eine darüber hinausgehende Vereinbarung über die Ausdehnung des Versicherungsschutzes zu treffen, gilt unverändert.

§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?

Erstattungsfähig sind bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung die Aufwendungen für

(1) ärztliche Leistungen (einschließlich Wegegelder und Reiseentschädigungen), Vorsorgeuntersuchungen, die nach der geltenden GOÄ berechenbar sind.

In Erweiterung von Teil I § 1 Abs. 2 b) erstreckt sich der Versicherungsschutz auf sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen.

Zu den ärztlichen Leistungen zählen z.B. Beratungen, Besuche (einschließlich Hausbesuche), Untersuchungen, Sonderleistungen (z.B. Anlegen von Verbänden, Blutentnahmen, Injektionen und sonografische Leistungen), Operationen sowie Dialysen und Heimdialysen im Sinne von § 2 Abs. 1 h).

Außerdem zählen zu den ärztlichen Leistungen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, die medizinisch anerkannte Methoden zur Überwindung von Sterilität oder Infertilität sind und medizinisch eine ausreichende Erfolgsaussicht haben.

(2) Behandlungen durch Heilpraktiker, die nach dem jeweils aktuellen GebüH berechenbar sind.

(3) Psychotherapie, die nach den jeweils geltenden Gebührenordnungen bzw. dem jeweils geltenden GebüH berechenbar sind.

In Erweiterung von Teil I § 3 Abs. 3 können nach unserer vorherigen schriftlichen Zusage auch approbierte Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in eigener Praxis tätig sind und über einen entsprechenden Fachkundenachweis verfügen, in Anspruch genommen werden.

(4) Arzneimittel

Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate, Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden sowie kosmetische Präparate, mit Ausnahme von bestimmten medikamentenähnlichen Nahrungsmitteln, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose zu vermeiden.

(5) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)

Als physikalisch-medizinische Leistungen gelten Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen (einschließlich Leistungen der Logopädie und Ergotherapie), Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie medizinische Bäder, wenn sie von einem Arzt, Heilpraktiker oder von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden.

Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung der versicherten Person sind nicht erstattungsfähig.

(6) Hilfsmittel

Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Geh- und Stützapparate (einschließlich Rollatoren, orthopädischer Schuhe und Orthesen), Körperersatzstücke (einschließlich Prothesen, Epithesen und Kunstaugen), Stoma-Versorgungsartikel (einschließlich Tracheostoma-Artikel), Bruchbänder, Leibbinden, Gummi- und Kompressionsstrümpfe, orthopädische Einlagen.

Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren und Herz- und Atemmonitoren sind die Aufwendungen für Leihgeräte erstattungsfähig.

(7) Sehhilfen

Als Sehhilfe gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Kontaktlinsen.

(8) Schutzimpfungen

Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind die von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut empfohlenen Einzel- und Mehrfachimpfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Gripeschutzimpfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis und Zeckenbiss-Encephalitis.

(9) Untersuchung und Behandlungen wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung (einschließlich Aufwendungen für Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik)

Es werden die Kosten wie für Krankheitsbehandlung erstattet einschließlich der Hebammen- und Entbindungspflegerkosten.

(10) Kurbehandlung

In Abänderung von Teil I § 4 Abs. 1 e) werden die Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Kurplan, Arzneimittel, Kurmittel, physikalische Therapie und Kurtaxe erstattet.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten der Unterkunft.

(11) Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort

Die Leistungsbeschränkung nach Teil I § 4 Abs. 1 f) entfällt.

(12) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte

Erstattungsfähig sind die Kosten für medizinisch notwendige Transporte bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung oder Chemotherapie sowie die Kosten medizinisch notwendiger Rettungstransporte bis zu einer Entfernung von 100 km zu einem geeigneten Leistungserbringer ohne anschließende stationäre Behandlung. Existiert für die Behandlung kein geeigneter Leistungserbringer innerhalb dieser Entfernung, sind die Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Leistungserbringer erstattungsfähig.

Geeignet ist ein Leistungserbringer, der nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I - Allgemeine Bedingungen, Teil II - Tarif mit Tarifbedingungen) für eine ambulante Heilbehandlung gewählt werden kann.

§ 4 Wann entfallen die Wartezeiten?

Werden die Tarife 701-705 und 710-712 im Rahmen einer substitutiven Krankheitskostenversicherung (siehe Teil I § 26 Abs. 4 Satz 1) abgeschlossen, entfallen die Wartezeiten gemäß Teil I § 5 Abs. 2 und 3. Teil I § 5 Abs. 4 gilt insoweit nicht.

§ 5 Welche Selbstbeteiligungen gelten?

In den jeweiligen Tarifen gelten folgende Selbstbeteiligungen:

701 -	70 EUR
702 -	235 EUR
703 -	450 EUR
704 -	900 EUR
705 -	1.800 EUR
710 -	20%; max. 1.000 EUR
711 -	30%; max. 1.500 EUR
712 -	40%; max. 2.000 EUR

In Zusammenhang mit einer Beitragsanpassung gemäß Teil I § 30 können mit Zustimmung des Treuhänders auch die betragsmäßig pro Tarif festgelegten Selbstbeteiligungen angepasst werden.

Die jeweilige Selbstbeteiligung gilt auch für die Leistung gemäß § 2 Abs. 1 j) (Pauschalzahlung bei ambulanter Entbindung oder Hausentbindung).

Die Selbstbeteiligung gilt pro versicherte Person und Kalenderjahr. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arzneimittel und Hilfsmittel einschließlich Sehhilfen 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.

§ 6 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.