

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil II - Tarif mit Tarifbedingungen

Tarif 709 für ambulante Heilbehandlung Gruppenversicherung B3 51 887

Teil II gilt in Verbindung mit den AVB für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Teil I - Allgemeine Bedingungen) - B3 51 298.

Inhalt:

- § 1 Wer kann in diesen Tarif aufgenommen werden?
- § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?
- § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?
- § 4 Wann entfallen die Wartezeiten?
- § 5 Welche Selbstbeteiligung gilt?
- § 6 Wann erhalten Sie eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung?
- § 7 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

§ 1 Wer kann in diesen Tarif aufgenommen werden?

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

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

Nachstehende Aufwendungen werden mit den tariflichen Sätzen erstattet.

(1) Ambulante Heilbehandlung

a) Ärztliche Leistungen einschließlich Vorsorgeuntersuchungen

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

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 - wie folgt erstattet:

Tarif 709

- 90%
- 100% nach Erreichen der tariflichen summenmäßigen Begrenzung der Selbstbeteiligung

Die prozentuale Selbstbeteiligung in Tarif 709 gilt 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

Die Aufwendungen für ambulante Behandlungen im Ausland sind im Rahmen der tariflichen Leistungszusage erstattungsfähig, soweit sie den dort ortsüblichen Kosten entsprechen.

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.

§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?

Erstattungsfähig sind bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung die Aufwendungen für

(1) ärztliche Leistungen, Vorsorgeuntersuchungen, die nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (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.

(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, 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, Kunstglieder, Stoma-Versorgungsartikel, Bruchbänder, Leibbinden, Gummi- und Kompressionsstrümpfe, orthopädische Einlagen.

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

(7) Sehhilfen

Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Kontaktlinsen.

(8) Schutzimpfungen

Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind staatlich empfohlene Einzel- und Mehrfachimpfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Gripeschutzimpfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis und Zeckenbiss-Enzephalitis.

(9) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung

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 ohne anschließende stationäre Behandlung.

§ 4 Wann entfallen die Wartezeiten?

Wird Tarif 709 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 Selbstbeteiligung gilt?

In Tarif 709 gilt folgende Selbstbeteiligung:

10%; max. 500 EUR

In Zusammenhang mit einer Beitragsanpassung gemäß Teil I § 30 kann mit Zustimmung des Treuhänders auch die betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst werden.

Die 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, wird die Selbstbeteiligung 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 Wann erhalten Sie eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung?

(1) Eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung wird, sofern die Voraussetzungen gemäß Abs. 2 erfüllt sind, erstmals für das dritte Versicherungsjahr sowie die darauf folgenden Jahre jährlich gezahlt. Die Höhe der erfolgsunabhängigen Beitragsrückerstattung beträgt

- bis vollendetes 21. Lebensjahr 110 EUR,
- ab vollendetem 21. Lebensjahr 220 EUR.

Die Anwartschaftsversicherung nimmt an der Beitragsrückerstattung nicht teil.

(2) Voraussetzung für den Anspruch nach Abs. 1 ist, dass für die versicherte Person

a) für das ganze abgelaufene Kalenderjahr eine Krankheitskostenvollversicherung nach Tarifen mit Anspruch auf erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung bestanden hat und

b) für das abgelaufene Kalenderjahr keine Leistungen bezogen wurden und

c) am 30. Juni des Folgejahres noch eine Krankheitskostenvollversicherung ohne Beitragsrückstand besteht. Die Auszahlung der erfolgsunabhängigen Beitragsrückerstattung erfolgt auch, wenn die Versicherung vor dem 30. Juni des Folgejahres durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung endet.

(3) Die erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung wird nach dem 30. Juni des Folgejahres ausgezahlt.

(4) Die Höhe der Beitragsrückerstattung kann zusammen mit einer Beitragsanpassung gemäß Teil I § 30 angepasst werden.

§ 7 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.