

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung

Teil II - Tarif mit Tarifbedingungen Tarif VSi Einzelversicherung B3 51 371

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 Was ist unter dem Primärarztsystem zu verstehen?
- § 3 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?
- § 4 Welche Aufwendungen erstatten wir?
- § 5 Welcher Leistungsausschluss ist für Verfahren der künstlichen Befruchtung vereinbart?
- § 6 Gelten Wartezeiten?
- § 7 Welche Selbstbeteiligung gilt?
- § 8 Was gilt ergänzend für die Anpassung des Versicherungsschutzes?
- § 9 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

Versicherungsschutz mit integriertem Gesundheitsmanagement

- Eigenverantwortliche Kostensteuerung durch Wahl des Hausarztes als Erstbehandler (siehe § 2 Primärarztsystem).
- Volle Erstattung für Computertomographie und Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie) nur bei Einhaltung des Primärarztsystems (siehe § 2) und unserer vorherigen schriftlichen Zusage.
- Keine Leistung für Heilpraktiker und von diesem verordnete Behandlungen und Arzneimittel.
- Keine Leistung für alle Verfahren der künstlichen Befruchtung einschließlich aller begleitenden Maßnahmen.
- Begrenzte Erstattung für ambulante Heilbehandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
- Wurde in den letzten 5 Jahren vor Eintritt des Versicherungsfalles jährlich eine zahnärztliche Untersuchung durchgeführt, erhöht sich die Erstattung für Zahnbehandlung und Zahnersatz.

§ 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 Was ist unter dem Primärarztsystem zu verstehen?

Das Primärarztsystem gilt ausschließlich für ambulante Heilbehandlungen in der Bundesrepublik Deutschland.

Die Erstbehandlung ist durch einen Primärarzt vorzunehmen. Wird die Erstbehandlung nicht von einem Primärarzt durchgeführt, reduziert sich der tarifliche Erstattungsprozentsatz.

Als Primärarzt kann nur der Hausarzt, ein Facharzt für Frauenheilkunde, für Augenheilkunde oder für Kinderheilkunde, ein Notarzt oder Bereitschaftsarzt in Anspruch genommen werden.

Als Hausarzt kann nur ein praktischer Arzt oder ein Facharzt für Allgemeinmedizin gewählt werden. Der Hausarzt ist uns für jede versicherte Person im Versicherungsantrag oder zusammen mit dem ersten Erstattungsantrag zu benennen. Ein Wechsel des Hausarztes ist uns unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

Die Notwendigkeit einer Folgebehandlung durch einen Arzt, der nicht Primärarzt ist, muss vor der Folgebehandlung durch einen Primärarzt festgestellt und durch formlose Bestätigung unter Angabe der Diagnose nachgewiesen werden. Kosten der formlosen Bestätigung in angemessener Höhe tragen wir.

Bei einer Behandlung durch Not- oder Bereitschaftsärzte muss aus der Rechnung ersichtlich sein, dass es sich um eine Behandlung im Rahmen des Not- oder Bereitschaftsdienstes handelt.

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

(1) Ambulante Heilbehandlung

Aufwendungen für ambulante ärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

a) Persönliche ärztliche Leistungen und medizinisch-technische ärztliche Leistungen (ohne Computertomographie, Magnetresonanztomographie) einschließlich Vorsorgeuntersuchungen

- 100% für die Erst- und Folgebehandlung durch einen Primärarzt oder wenn ein Primärarzt die Notwendigkeit der Folgebehandlung durch einen anderen Arzt bestätigt hat;
- 80% für die Erst- und Folgebehandlung, wenn kein Primärarzt in Anspruch genommen wird;
- 80% für die Behandlung im europäischen oder außereuropäischen Ausland, soweit die Aufwendungen den dort ortsüblichen Kosten entsprechen.

b) Computertomographie, Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)

- 80%
- 100%, wenn für die Erstbehandlung ein Primärarzt in Anspruch genommen wird und wenn wir vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Zusage erteilt haben, sowie bei unfallbedingter Behandlung oder Notfallbehandlung, die durch ärztliches Attest nachgewiesen werden muss.

Das Erfordernis der Erstbehandlung durch den Primärarzt sowie unserer vorherigen schriftlichen Zusage gilt entsprechend, wenn neue Untersuchungsmethoden angewendet und zugelassen werden, die die Computertomographie bzw. Magnetresonanztomographie im Rahmen des technischen und medizinischen Fortschritts ablösen, ergänzen oder fortführen.

- 80% für die Behandlung im europäischen oder außereuropäischen Ausland, soweit die Aufwendungen den dort ortsüblichen Kosten entsprechen.

c) Psychotherapie
100%, maximal 20 Sitzungen pro Versicherungsjahr

d) Arzneimittel, physikalisch-medizinische Leistungen
(Heilmittel), Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

- 90%, wobei der 10%ige Eigenanteil auf einen Höchstbetrag von 500 EUR pro versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt ist;
- 100% nach Erreichen des Höchstbetrages von 500 EUR.

e) Sehhilfen
100%, maximal 150 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.

f) Dialyse
100%

g) Schutzimpfungen
100%

h) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung
100%, zusätzliche Pauschale von 650 EUR bei ambulanter Entbindung oder Hausentbindung

i) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte
100%

(2) Stationäre Heilbehandlung

Nachstehende Aufwendungen (auch für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V) werden in tariflichem Umfang erstattet.

Aufwendungen für stationäre belegärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

a) Allgemeine Krankenhausleistungen
100%

b) Belegärztliche Behandlung
100%

c) Schwangerschaft und Entbindung
100%

(3) Zahnärztliche Heilbehandlung

Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

a) Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe

- 90%
- 100%, wenn für die versicherte Person der Nachweis erbracht ist, dass sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt des Versicherungsfalles jährlich mindestens einmal eine zahnärztliche Untersuchung hat durchführen lassen.

b) Zahnersatz, Inlays aus Kunststoffen und Edelmetallen, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen

- 50%
- 60%, wenn für die versicherte Person der Nachweis erbracht ist, dass sie in den letzten fünf Jahren vor Eintritt des Versicherungsfalles jährlich mindestens einmal eine zahnärztliche Untersuchung hat durchführen lassen.

c) Kieferorthopädische Leistungen für versicherte Personen bis vollendetes 21. Lebensjahr
60%

d) In der Bundesrepublik Deutschland werden bei stationärer oder teilstationärer zahnärztlicher Behandlung in Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, die Aufwendungen nach unserer vorherigen schriftlichen Zusage erstattet.

e) Höchstbeträge ab Versicherungsbeginn
Während der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn des Tarifs VSi gelten pro versicherte Person nachfolgende Höchstbeträge:

Erstattung von insgesamt

- 750 EUR während der ersten 12 Monate (1. Leistungsabschnitt)
- 1.500 EUR während der ersten 24 Monate (2. Leistungsabschnitt)
- 2.250 EUR während der ersten 36 Monate (3. Leistungsabschnitt)
- 3.000 EUR während der ersten 48 Monate (4. Leistungsabschnitt)

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der Aufwendungen ist das Behandlungsdatum. Für Aufwendungen, die im 1. Leistungsabschnitt entstehen und den Erstattungshöchstbetrag von 750 EUR übersteigen, besteht kein Erstattungsanspruch, insbesondere können diese nicht zu einem späteren Zeitpunkt mit dem Erstattungshöchstbetrag eines der nachfolgenden Leistungsabschnitte verrechnet werden. Diese Regelung gilt entsprechend für die Leistungsabschnitte 2, 3 und 4.

Ab dem 49. Monat: Erstattung von maximal 15.000 EUR innerhalb von 24 Monaten.

Für unfallbedingte zahnärztliche Heilbehandlung entfallen diese Höchstbeträge.

f) Tarifwechsel

Bei Tarifwechsel wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif mit Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Höchstbeträge in Tarif VSi angerechnet. Nach bisherigen Tarifen erbrachte Leistungen werden bei der Erstattung von Tarif VSi 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.

g) Heil- und Kostenplan

Bei Zahnersatz, Inlays, funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen sowie Kieferorthopädie ist uns nach Befunderhebung ein Heil- und Kostenplan einzureichen, falls die zu erwartenden Aufwendungen für den Versicherungsfall 2.500 EUR übersteigen. Wir geben dann unverzüglich den Umfang der erstattungsfähigen Kosten bekannt.

Legt die versicherte Person grob fahrlässig keinen Heil- und Kostenplan vor, sind wir nach Teil I § 20 Abs. 1 berechtigt, eine der Schwere ihres Verschuldens entsprechende Kürzung des tariflichen Erstattungsbetrages für Zahnersatz, Inlays, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sowie Kieferorthopädie vorzunehmen. Diese Leistungskürzung ist auf maximal die Hälfte des tariflichen Erstattungsbetrages begrenzt.

Legt die versicherte Person vorsätzlich keinen Heil- und Kostenplan vor, sind wir nach Teil I § 20 Abs. 1 mit der Einschränkung leistungsfrei, dass bei Nichtvorlage die vereinbarte Leistungsfreiheit für Zahnersatz, Inlays, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sowie Kieferorthopädie auf die Hälfte des tariflichen Erstattungsbetrages begrenzt ist.

Ein nach Teil I § 20 Abs. 1 gekürzter Erstattungsbetrag begrenzt sich auf die tariflichen Höchstbeträge.

Die Kosten des Heil- und Kostenplanes gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

(4) Leistungen bei Auslandsaufenthalten

Die Aufwendungen für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungen im Ausland sind im Rahmen der tariflichen Leistungszusage (siehe Abs. 1 bis 3) 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.

(5) 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.

§ 4 Welche Aufwendungen erstatten wir?

(1) Ambulante Heilbehandlung

Erstattet werden bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung nachstehende Aufwendungen.

Bei Inanspruchnahme von Heilpraktikern besteht keine Leistungspflicht.

Erstattungsfähig sind die Kosten für

a) ärztliche Leistungen (einschließlich Wegegelder und Reiseentschädigungen), Vorsorgeuntersuchungen, die nach der 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 § 3 Abs. 1 f).

b) Computertomographie, Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie)

Als Computertomographie gelten die Leistungen nach den GOÄ Nrn. 5369 bis 5380 (GOÄ-Stand 1.1.2002).

Als Magnetresonanztomographie (Kernspintomographie) gelten die Leistungen nach den GOÄ Nrn. 5700 bis 5735 (GOÄ-Stand 1.1.2002).

c) Psychotherapie, die nach den jeweils geltenden Gebührenordnungen 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.

d) Arzneimittel

Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungsmittel, 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.

e) 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 oder von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden.

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

f) 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.

g) Sehhilfen

Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Kontaktlinsen.

h) Schutzimpfungen

Erstattungsfähig einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff sind die von der Ständigen Impfkommision am Robert-Koch-Institut empfohlenen Einzel- und Mehrfachimpfungen bei Säuglingen und Kleinkindern, Gripeschutz-

impfungen, Impfungen gegen Wundstarrkrampf, Tollwut, Hepatitis und Zeckenbiss-Enzephalitis.

i) Untersuchung und Behandlung 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.

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

Erstattungsfähig sind die Kosten für medizinisch notwendige Transporte bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und 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.

(2) Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung die Aufwendungen für

a) allgemeine Krankenhausleistungen (einschließlich medizinisch notwendiger Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person), die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung berechenbar sind.

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen auch medizinisch notwendige Transportkosten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km. Existiert für die Behandlung kein geeignetes Krankenhaus innerhalb dieser Entfernung, sind die Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

Unterliegt das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme von Drei- und Mehrbettzimmern einschließlich ärztlicher Leistungen und medizinisch begründeter Nebenkosten, zu denen auch die Kosten für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person gehören.

b) Leistungen der Belegärzte, die nach der jeweils geltenden GOÄ berechenbar sind sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger, die nach den amtlichen Gebührenordnungen berechnungsfähig sind.

c) Anschlussheilbehandlung

Anschlussheilbehandlung ist eine stationäre Weiterbehandlung, die in engem zeitlichen Zusammenhang mit einer akuten stationären Behandlung steht, wenn der Behandlungserfolg nicht auch durch ambulante Maßnahmen erzielt werden kann.

Die Aufwendungen für eine Anschlussheilbehandlung sind nach Maßgabe von a) und b) z. B. bei Krankheiten des Herzens und des Kreislaufes (Kardiologie), bei degenerativ-rheumatischen Krankheiten und Zuständen nach Operationen sowie Unfallfolgen an den Bewegungsorganen (Orthopädie), bei neurologischen Krankheiten und Zuständen nach Operationen am Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven (Neurologie) und bei onkologischen Krankheiten (Erste Krebsnachsorge) erstattungsfähig.

Die Regelung über das Erfordernis unserer vorherigen Leistungszusage nach Teil I § 3 Abs. 6 gilt unverändert.

Besteht auch Anspruch auf Leistungen gegenüber einem gesetzlichen Leistungsträger, gilt zudem Teil I § 4 Abs. 3.

d) Schwangerschaft und Entbindung

Für stationäre Behandlung wegen Schwangerschaft und für die Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim werden die für Krankheiten vorgesehenen Leistungen gezahlt.

(3) Zahnärztliche Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden GOZ und GOÄ berechenbar sind sowie zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

a) Zahnbehandlung

Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, konservierende Leistungen (einschließlich Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen), chirurgische Leistungen des Zahnarztes, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, professionelle Zahnreinigung sowie die in diesem Zusammenhang verordneten Arzneimittel.

Professionelle Zahnreinigung ist

- die gründliche Reinigung der Zahn- und Wurzeloberflächen (Zahnstein, Beläge, Verfärbungen) und Zahnzwischenräume,
- die Politur der Zähne mit Pulverstrahlgeräten oder speziellen Polierern sowie
- Fluoridierungen.

Als Zahnbehandlung gelten nicht Brücken, Stifzähne, Kronen bzw. Teilkronen (siehe c)) und Einlagefüllungen (Inlays, siehe d)).

b) Zahnprophylaxe

Als Zahnprophylaxe gelten Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen gemäß Abschnitt B der jeweils geltenden GOZ.

c) Zahnersatz

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen (einschließlich Brücken, Stifzähnen, Kronen bzw. Teilkronen, auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), implantologische Leistungen (einschließlich der in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Leistungen, z.B. dem Aufbau des Kieferknochens) sowie die hiermit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

Als Zahnersatz gelten nicht Einlagefüllungen (Inlays, siehe d)).

Nicht erstattungsfähig sind:

- Kosten für mehr als vier Teleskopkronen pro Kiefer,

- Kosten für Verblendungen im hinteren Zahnbereich ab Zahn 7 im Oberkiefer und Zahn 6 im Unterkiefer,
- Kosten für mehr als vier Implantate pro Kiefer.

d) Inlays

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Einlagefüllungen (Inlays) aus Kunststoffen und Edelmetallen sowie die hiermit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen. Für Einlagefüllungen (Inlays) aus Keramikmaterial (auch auf Goldgerüst) und Glaskeramik werden die Aufwendungen in Höhe der Kosten für entsprechende Einlagefüllungen (Inlays) aus Edelmetallen erstattet. Die Mehrkosten sind nicht erstattungsfähig.

e) Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)

f) Kieferorthopädische Leistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen für versicherte Personen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr.

§ 5 Welcher Leistungsausschluss ist für Verfahren der künstlichen Befruchtung vereinbart?

Keine Leistungspflicht im Sinne von Teil I § 4 besteht auch für alle Verfahren der künstlichen Befruchtung einschließlich aller begleitenden Maßnahmen.

§ 6 Gelten Wartezeiten?

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

§ 7 Welche Selbstbeteiligung gilt?

Von den nach § 3 tariflich zugesagten Leistungen wird eine Selbstbeteiligung für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung abgezogen. Sie beträgt insgesamt: 330 EUR.

Die Selbstbeteiligung gilt auch für die Leistung gemäß § 3 Abs. 1 h) (Pauschalzahlung bei ambulanter Entbindung oder Hausentbindung).

In Zusammenhang mit einer Beitragsanpassung gemäß Teil I § 30 kann mit Zustimmung des Treuhänders auch die betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung in Höhe von 330 EUR geändert werden.

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.

§ 8 Was gilt ergänzend für die Anpassung des Versicherungsschutzes?

(1) Wir sind unter den Voraussetzungen des § 203 Abs. 3 des Versicherungsvertragsgesetzes berechtigt, die unter § 3 Abs. 1 b) und § 4 Abs. 1 b) genannten Untersuchungsmethoden (Computertomographie, Magnetresonanztomographie) mit Wirkung für bestehende Versicherungsverträge zu ändern oder zu ergänzen, wenn neue Untersuchungsmethoden angewendet und zugelassen werden, die die Computertomographie bzw. Magnetresonanztomographie im Rahmen des technischen und medizinischen Fortschritts ablösen, ergänzen oder fortführen.

(2) Bei einer Beitragsanpassung gemäß Teil I § 30 können die nach § 3 Abs. 1 bis 3 tariflich vorgesehenen Höchstbeiträge mit Zustimmung des Treuhänders der Kostenentwicklung angepasst werden.

§ 9 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.