

## Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten-Gruppenversicherung

### Teil II - Tarif mit Tarifbedingungen Zusatztarif VSZ 2 Gruppenversicherung B3 51 659

Teil II gilt in Verbindung mit den AVB für die Krankheitskosten-Gruppenversicherung (Teil I - Allgemeine Bedingungen Gruppenversicherung) - B3 51 602.

#### Inhalt:

- § 1 Was gilt für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit?
- § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?
- § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?
- § 4 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

#### § 1 Was gilt für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit?

Versicherungsfähig sind Personen, die zum versicherbaren Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages gehören.

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

Eine Versicherung nach Tarif VSZ 2 kann nur neben einer Krankheitskosten-Gruppenversicherung nach den Tarifen VS bzw. AV bestehen. Das Versicherungsverhältnis nach Tarif VSZ 2 endet mit Wegfall der Tarife VS bzw. AV.

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

##### (1) Stationäre Heilbehandlung

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

a) Wahlleistung besondere Unterkunft im Zweibettzimmer 100%

b) Wahlärztliche Behandlung  
100% bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

c) Krankenhaustagegeld

Wir zahlen ein ersatzweises Krankenhaustagegeld von bis zu 50 EUR wie folgt

- 25 EUR, wenn auf die Wahlleistung Zweibettzimmer verzichtet wird und
- 25 EUR, wenn auf die wahlärztliche Behandlung verzichtet wird.
- Für versicherte Personen bis vollendetes 16. Lebensjahr wird in beiden Fällen jeweils die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes gezahlt.

##### (2) Zahnärztliche Heilbehandlung

a) Zahnersatz (einschl. Gold-Inlays), funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen; Kieferorthopädie (für versicherte Personen bis vollendetes 21. Lebensjahr)  
15% bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für

Zahnärzte (GOZ) und GOÄ

b) Ergänzend gilt:

aa) Höchstbeträge ab Versicherungsbeginn  
Während der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn des Tarifs VSZ 2 gelten pro versicherte Person nachfolgende Höchstbeträge:

Erstattung von insgesamt

- 190 EUR während der ersten 12 Monate (1. Leistungsabschnitt)
- 380 EUR während der ersten 24 Monate (2. Leistungsabschnitt)
- 570 EUR während der ersten 36 Monate (3. Leistungsabschnitt)
- 760 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 190 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.

Für unfallbedingte zahnärztliche Heilbehandlung entfallen diese Höchstbeträge.

bb) Tarifwechsel

Bei Tarifwechsel wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif mit Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Höchstbeträge in Tarif VSZ 2 angerechnet. Nach bisherigen Tarifen erbrachte Leistungen werden bei der Erstattung aus Tarif VSZ 2 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.

cc) Heil- und Kostenplan

Bei Zahnersatz, funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen sowie Kieferorthopädie ist uns nach Befunderhebung ein Heil- und Kostenplan einzureichen, falls die zu erwartenden Aufwendungen innerhalb eines Versicherungsjahres 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 § 21 Abs. 1 berechtigt, eine der Schwere ihres Verschuldens entsprechende Kürzung des tariflichen Erstattungsbetrages für Zahnersatz, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sowie Kieferorthopädie bis zur Hälfte vorzunehmen. Legt die versicherte Person vorsätzlich keinen Heil- und Kostenplan vor, sind wir nach Teil I § 21 Abs. 1 mit der Einschränkung leistungsfrei, dass die Leistungsfreiheit auf die Hälfte des tariflichen Erstattungsbetrages für Zahnersatz, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sowie Kieferorthopädie begrenzt ist. Ein nach Teil I § 21 Abs. 1 gekürzter Erstattungsbetrag begrenzt sich auf die tariflichen Höchstbeträge.

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

### (3) Leistungen bei Auslandsaufenthalten

#### a) Aufwendungen für Auslandsbehandlungen

Die Aufwendungen für stationäre und zahnärztliche Behandlungen im Ausland sind im Rahmen der tariflichen Höchstsätze 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?

### (1) Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung die Aufwendungen für

#### a) Wahlleistungen

Als Wahlleistungen gelten die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer einschließlich der Kosten für einen Telefonanschluss, die Leihgebühren für Radio und Fernsehen, die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung, die Bettenfreihaltegebühr für gesondert berechenbare Unterkunft sowie wahlärztliche Leistungen, die nach der GOÄ berechenbar sind. Bei Aufenthalt im Einbettzimmer werden die Kosten für das Zweibettzimmer erstattet.

Unterliegt das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung, gelten als Wahlleistungen die Inanspruchnahme von Zweibettzimmern einschließlich der Kosten für einen Telefonanschluss, die Leihgebühren für Radio und Fernsehen, die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung, die Bettenfreihaltegebühr für gesondert berechenbare Unterkunft, sowie ärztliche Leistungen und medizinisch begründete Nebenkosten. Bei Aufenthalt im Einbettzimmer werden die Kosten für das Zweibettzimmer erstattet.

#### b) 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) 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 § 5 Abs. 6 gilt unverändert.

Besteht auch Anspruch auf Leistungen gegenüber einem gesetzlichen Leistungsträger, gilt zudem Teil I § 6 Abs. 3.

#### c) Schwangerschaft und Entbindung

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

#### d) Krankenhaustagegeld

Soweit auf die Wahlleistung Zweibettzimmer verzichtet wird, zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld. Es wird ebenfalls ersatzweise ein Krankenhaustagegeld gezahlt, soweit auf die wahlärztliche Behandlung verzichtet wird.

Kein Anspruch auf das ersatzweise Krankenhaustagegeld besteht für Tage vollständiger Abwesenheit aus dem Krankenhaus oder wenn sich die stationäre Behandlung auf weniger als 24 Stunden je Tag erstreckt (teilstationäre Behandlung).

### (2) Zahnärztliche Heilbehandlung

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

Dazu gehören:

#### a) Zahnersatz

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

Nicht erstattungsfähig sind:

- die Mehrkosten für Einlagefüllungen (Inlays) aus Keramik und Glaskeramik,
- mehr als vier Teleskopkronen pro Kiefer,
- Verblendungen im hinteren Zahnbereich ab Zahn 7 im Oberkiefer und Zahn 6 im Unterkiefer,
- mehr als vier Implantate pro Kiefer.

#### b) Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)

#### c) Kieferorthopädische Leistungen

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

#### **§ 4 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 § 17 Abs. 2 der für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß Teil I § 18 Abs. 2 Rechnung getragen.