

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung der Kosten ambulanter und stationärer Behandlungen sowie zahnärztlicher Leistungen nach dem Tarif COMFORT

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand 1.9.2010

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang)* tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Außerdem steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind, wenn die Abrechnungen nach der jeweils gültigen Gebührenordnung vorgenommen werden.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einem MVZ.

Die Einschränkung der Leistungspflicht nach § 5 Abs. 1 e MB/KK 2009 entfällt.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

4. Neugeborenenachversicherung

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.

5. Erlass der Wartezeiten

Die allgemeine Wartezeit nach § 3 Abs. 2 MB/KK 2009 und die besonderen Wartezeiten nach § 3 Abs. 3 MB/KK 2009 entfallen.

6. Zurechnung der Kostenerstattungen je Kalenderjahr

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen erbracht bzw. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie Sehhilfen bezogen werden.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

B) Leistungen des Versicherers

I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlungen.

1. Ärztliche Leistungen

Ärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche – nicht zahnärztliche – Tätigkeit nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Kosten für ärztliche Leistungen sind bis zu den in der GOÄ festgelegten Höchstsätzen erstattungsfähig.

2. Psychotherapie

Kosten für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie werden für höchstens 30 Sitzungen je Kalenderjahr erstattet. Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie

- a) von Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung oder
- b) von approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – in eigener Praxis – durchgeführt werden. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) bis zu den festgelegten Höchstsätzen der GOÄ erstattet.

3. Hebammen und Entbindungspfleger

Kosten für Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern sind nach der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) erstattungsfähig.

4. Heilpraktikerleistungen

Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und darüber hinaus auch die Kosten sonstiger von Heilpraktikern üblicherweise durchgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben. Das gleiche gilt, wenn derartige Verrichtungen von Ärzten durchgeführt werden und sie nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Mindestsätzen des GebüH bzw. bis zu den Mindestsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührensätzen und Höchsterstattungsbeträgen.

5. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente.

Nicht erstattungsfähig sind Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion sowie Badezusätze, kosmetische Mittel, Desinfektions-, Nähr- und Stärkungsmittel.

6. Heilmittel

Heilmittel sind die zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z. B. Masseur).

7. Hilfsmittel

Hilfsmittel sind technische Mittel oder Körperersatzstücke (kein Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, ausgenommen Sehhilfen, Heilapparate und sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel.

Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung.

Übersteigen die Kosten für ein Hilfsmittel 1.000,- Euro, ist vor Kauf ein Kostenvoranschlag einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Kostenvoranschlag unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Kostenvoranschlag eingereicht oder das Hilfsmittel vor der Mitteilung der zu erwartenden Versicherungsleistung gekauft, werden die tariflichen Leistungen zu 80 % erbracht.

8. Sehhilfen

Kosten für Sehhilfen werden je Leistungsperiode insgesamt bis zu 300,- Euro erstattet. Als Sehhilfen gelten Brillen (Brillengläser und Brillengestell) und Kontaktlinsen. Der Erstbezug muss ärztlich verordnet sein. Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

9. Schutzimpfungen

Erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden. Schutzimpfungen anlässlich einer Reise oder aus beruflichen Gründen sind nicht erstattungsfähig.

10. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzungen und Untersuchungsintervalle.

11. Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten

- notwendige Transporte nach einem Unfall oder Notfall mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus und
- ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung.

12. Rücktransport und Überführung aus dem Ausland

Als Rücktransport gilt der Transport einer akut erkrankten oder durch Unfall verletzten Person aus dem Ausland nach Deutschland, wenn ausreichende ärztliche Versorgung in dem Reiseland nicht sichergestellt ist. Die Kosten des Rücktransports werden erstattet, soweit sie die Rückreisekosten einer gesunden Person übersteigen. Die medizinischen Gründe sind durch ärztliches Attest nachzuweisen.

Im Todesfall durch Krankheit oder Unfall im Ausland werden bei einer Überführung des Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland die nachweislich notwendigerweise entstandenen Überführungskosten erstattet.

II. Kosten zahnärztlicher Leistungen

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die Kosten zahnärztlicher Leistungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen für

- Zahnbehandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen mit 100 %;
- Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik einschließlich Material- und Laborleistungen mit 80 %;
- orale Implantate einschließlich Material- und Laborleistungen mit 80 %; maximal 6 orale Implantate je Kiefer sind erstattungsfähig;
- augmentative Behandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen mit 80 %. Die Kosten für augmentative Behandlungen werden ausschließlich im Zusammenhang mit der Versorgung der vorgenannten maximal sechs oralen Implantate je Kiefer erstattet;

- Anästhesie und Röntgenleistungen mit 100 %.

2. Leistungsstaffel

Die Kosten für Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik sowie für orale Implantate und augmentative Behandlungen – jeweils einschließlich Material- und Laborleistungen – werden ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif je versicherte Person für die ersten fünf Kalenderjahre – das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr – auf folgende maximale Erstattungsbeträge begrenzt:

- im ersten Kalenderjahr bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000,- Euro
- in den ersten beiden Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000,- Euro
- in den ersten drei Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 3.000,- Euro
- in den ersten vier Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 4.000,- Euro
- in den ersten fünf Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 5.000,- Euro

Ab dem sechsten Kalenderjahr werden die Kosten für zahnärztliche Leistungen nach Satz 1 je Leistungsperiode insgesamt bis zu 10.000,- Euro erstattet. Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre. Das sechste Kalenderjahr gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode.

Bei einem Versicherungsfall infolge eines Unfalls entfallen die maximalen Erstattungsbeträge. Als Unfall gilt nicht, wenn der Versicherungsfall durch die Nahrungsaufnahme eintritt.

3. Heil- und Kostenplan

Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer verpflichtet sich, den Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und dem Versicherungsnehmer die zu erwartende Versicherungsleistung mitzuteilen. Wird kein Heil- und Kostenplan eingereicht, werden die tariflichen Leistungen nach Nr. 1 und 2 zur Hälfte erbracht.

4. Erläuterungen

Zahnärztliche Leistungen umfassen Zahnbehandlungen, Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, orale Implantate und augmentative Behandlungen nach der GOZ und GOÄ bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

- a) Zahnbehandlungen umfassen die Kosten für allgemeine (außer Erstellen von Heil- und Kostenplänen und Abformungsmaßnahmen bei Zahnersatz und Kieferorthopädie), prophylaktische, konservierende (außer bei Versorgung mit Kronen und Inlays), chirurgische und bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums erforderliche zahnärztliche Leistungen (einschließlich Parodontoseschienen) sowie Material- und Laborkosten.
- b) Zahnersatz umfasst die Kosten für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und –schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen (außer Parodontoseschienen), unabhängig von der Ursache des Zahnverlustes, Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen), Brücken, Kronen, Inlays, Onlays und Stiftzähne sowie Material- und Laborkosten.

- c) Kieferorthopädie umfasst die Kosten für Heil- und Kostenpläne, Abformungsmaßnahmen und zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie Material- und Laborkosten.
- d) Funktionsdiagnostik umfasst die Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische zahnärztliche Leistungen sowie Material- und Laborkosten.
- e) Orale Implantate umfassen die Kosten für Heil- und Kostenpläne, implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten.
- f) Augmentative Behandlungen umfassen die Kosten für Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial einschließlich Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff sowie Material- und Laborkosten.

III. Kosten stationärer Krankenhausbehandlung

1. Krankenhausleistungen

Erstattet werden die Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes sowie belegärztlicher Leistungen nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) bis zu den Regelhöchstsätzen (2,3facher Satz der GOZ bzw. GOÄ; 1,8facher Satz bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ; 1,15facher Satz bei Leistungen nach Nr. 437 sowie nach Abschnitt M der GOÄ); außer bei oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen nach Abs. II 4 e und f.

2. Beleghebammen und Belegentbindungspfleger

Kosten für Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern sind nach der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) erstattungsfähig.

3. Krankentransporte

Erstattet werden die Kosten für notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Krankenhaus.

IV. Selbstbeteiligung

Erstattet werden die Kosten für ambulante Heilbehandlungen, zahnärztliche Leistungen und stationäre Krankenhausbehandlungen – sofern der Tarif eine prozentuale Erstattung vorsieht mit dem tariflichen Prozentsatz –; von diesem Betrag wird die jeweilige Selbstbeteiligung abgezogen.

Die Selbstbeteiligung beträgt für

- ärztliche Leistungen nach Abs. I 1 (einschließlich Vorsorgeuntersuchungen nach Abs. I 10) maximal 20,- Euro je Behandlungstag bei einem Arzt. Das gleiche gilt für gesondert berechnete Leistungen von Ärzten, die von dem behandelnden Arzt beauftragt werden (z. B. Laboruntersuchungen).
- psychotherapeutische Leistungen nach Abs. I 2 maximal 20,- Euro je Sitzung.
- Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern nach Abs. I 3 maximal 20,- Euro je Behandlungstag bei einer Hebamme bzw. bei einem Entbindungspfleger.
- Heilpraktikerleistungen nach Abs. I 4 maximal 20,- Euro je Behandlungstag bei einem Heilpraktiker oder Arzt.
- Arznei- und Verbandmittel nach Abs. I 5 sowie Impfstoffe nach Abs. I 9 maximal 20,- Euro je Arzneimittel, je Verbandmittel und je Impfstoff. Sie entfällt für Arzneimittel (einschließlich Impfstoffe), die als Generika bezogen werden. Generika sind Arzneimittel, die in ihrem Wirkstoff, in ihrer Zusammensetzung und in ihrer Darreichungsform einem bereits unter einem Markennamen auf dem Markt befindlichem Medikament gleichen.

- Heilmittel nach Abs. I 6 maximal 20,– Euro je Heilmittel an einem Behandlungstag.
- Hilfsmittel nach Abs. I 7 maximal 50,– Euro je Hilfsmittel.
- Krankentransporte nach Abs. I 11 und Abs. III 3 maximal 20,– Euro je Transport. Bei ärztlich verordneten Fahrten zur und von der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung für Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie gelten die Hin- und Rückfahrt zusammen als ein Transport.
- zahnärztliche Leistungen nach Abs. II 1 maximal 20,– Euro je Behandlungstag bei einem Zahnarzt.
- Krankenhausleistungen nach Abs. III 1 maximal 20,– Euro je Kalendertag für höchstens 14 Kalendertage je vollstationärem Aufenthalt.

Wenn die erstattungsfähigen Kosten geringer als die jeweilige vorgenannte Selbstbeteiligung sind, reduziert sich diese auf den niedrigeren Betrag.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

Von dem auf die Vollendung des 15. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag für Jugendliche und von dem auf die Vollendung des 20. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an der für Erwachsene zu entrichten.

2. Nichtzahlung des Erstbeitrages

Abweichend von § 8 Abs. 6 und 7 MB/KK 2009 ist der Versicherer bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages unter den Voraussetzungen des § 37 VVG (siehe Anhang)* berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten.

3. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen im Original vorgelegt werden. Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

Die Rechnungen für Arznei-, Verband-, Heil- und/oder Hilfsmittel sind zusammen mit den Rechnungen der Behandler vorzulegen, andernfalls kann die Erstattung abgelehnt werden.

D) Garantierte Beitragsrückerstattung

Der Versicherungsnehmer erhält für jede nach diesem Tarif versicherte Person, für die keine Versicherungsleistungen im abzurechnenden Geschäftsjahr beantragt wurden, im Folgejahr eine garantierte Beitragsrückerstattung in Höhe von 2/12 der im Vorjahr für die versicherte Person entrichteten Beiträge, wenn

1. die Beitragsraten für das abzurechnende Geschäftsjahr spätestens am 31.12. des Jahres voll und ohne gerichtliches Mahnverfahren gezahlt worden sind,
2. die Versicherung nach diesem Tarif am 1.7. des Folgejahres ununterbrochen in Kraft und nicht gekündigt ist.

Endet die Versicherung nach diesem Tarif aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder des Anspruchs auf Familienversicherung, entfällt der Anspruch auf Beitragsrückerstattung nicht, wenn für die versicherte Person eine Krankheitskostenversicherung für Versicherte der GKV bei der Continentale Krankenversicherung a.G. fortbesteht.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (VVG)

E) Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z. B. Barauszahlung bei Leistungsfreiheit, Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

F) Garantie zur Versicherungspflicht

Die Summe aller Selbstbehalte bzw. Selbstbeteiligungen für ambulante und stationäre Leistungen ist pro Kalenderjahr so begrenzt, dass dieser Tarif die ab dem 1. Januar 2009 geltenden Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Anhang)* erfüllt.

G) Beitragsanpassung

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jede Beobachtungseinheit (Kinder und Jugendliche bis 20 Jahre; Männer und Frauen jeweils ab 21 Jahre) dieses Tarifs die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 % bei den Versicherungsleistungen oder von mehr als 5 % bei den Sterbewahrscheinlichkeiten, werden die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % bei den Versicherungsleistungen können die Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Im Übrigen findet § 8 b MB/KK 2009 Anwendung.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (VVG)