

Krankheitskosten-Tarif MediComfort für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Stand: 01.01.2013

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- | | |
|---|--|
| 1.
Ambulante Behandlung | 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für <ul style="list-style-type: none"> – ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Ärzte (vgl. Abschnitt C.1), – ambulante Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung, auch durch Hebammen, – häusliche Behandlungspflege (vgl. Abschnitt C.2), – Notfall-Rettungsdienst. Die Entbindungspauschale beträgt 1.230 EUR . |
| | 80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für psychotherapeutische ambulante Behandlung bis zu 50 Sitzungen pro Kalenderjahr. |
| | 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH, in der jeweils gültigen Fassung), einschließlich der verordneten Arznei- und Heilmittel, bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR pro Kalenderjahr. |
| 2.
Alternative Medizin | 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Behandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich der verordneten Arznei- und Heilmittel im Rahmen des Hufelandverzeichnisses für Therapierichtungen der biologischen Medizin (in der jeweils gültigen Fassung), soweit sie nicht bereits nach Abschnitt A. 1 als Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung erstattungsfähig sind, bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR pro Kalenderjahr. |
| 3.
Arznei- und Verbandmittel | 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel, wenn der Versicherer keine bestimmte Bezugsquelle genannt hat oder die vom Versicherer benannte Bezugsquelle für regelmäßig einzunehmende Arznei- und zu verwendende Verbandmittel in Anspruch genommen wurde (vgl. Abschnitt C.3). |
| | 80 % der vorgenannten Aufwendungen, wenn die vom Versicherer für regelmäßig einzunehmende Arznei- und zu verwendende Verbandmittel benannte Bezugsquelle nicht in Anspruch genommen wurde (vgl. Abschnitt C.3). |
| 4.
Heil- und Hilfsmittel | 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Heilmittel (vgl. Abschnitt C.4). |
| | 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Hilfsmittel (außer Sehhilfen). |
| | Der Erstattungssatz für Hilfsmittel (außer Sehhilfen) vermindert sich auf 80 % , soweit diese über den Versicherer bezogen werden können und hiervon kein Gebrauch gemacht wird (vgl. Abschnitt C.5). |
| | 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Sehhilfen (Brillen/Kontaktlinsen) bis zu einem Rechnungsbetrag von 260 EUR innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren. |
| 5.
Stationäre Behandlung | 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für <ul style="list-style-type: none"> – Unterbringung, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistungen, Krankentransporte und im Notfall-Rettungsdienst mit geeigneten Transportmitteln (z. B. Krankentransportwagen, Hubschrauber, Flugzeug), bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, – gesondert berechnete ärztliche Leistungen (vgl. Abschnitt C.1), – gesondert berechnete Unterbringung und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer. |
| 6.
Zahnbehandlung
Zahnersatz | |
| 6.1
Zahnbehandlung | 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für allgemeine und prophylaktische zahnärztliche Leistungen, konservierende und chirurgische Leistungen einschließlich Röntgenleistungen sowie Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums. |

6.2 Zahnersatz/Kiefer- orthopädie/Inlays/ Kronen

80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für prothetische Leistungen einschließlich Kronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahns) und Einlagefüllungen (Inlays), Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen, die hiermit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen sowie kieferorthopädische Maßnahmen.

Zu Beginn der Versicherung sind die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung, -ersatz, Kieferorthopädie, Inlays und Kronen (Ziffer 6.1 und 6.2) auf folgende Rechnungsbeträge begrenzt:

2.560 EUR im 1. Kalenderjahr,
3.840 EUR im 2. Kalenderjahr,
5.120 EUR im 3. Kalenderjahr,
6.400 EUR im 4. Kalenderjahr,
7.680 EUR im 5. Kalenderjahr.

Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls entfallen diese Höchstsätze. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MediComfort ab dem 6. Versicherungsjahr.

7. Ausland Rücktransport, Über- führung, Beisetzung

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport aus dem Ausland (vgl. Abschnitt C.6). Mitversichert sind auch die Mehrkosten einer krankheitsbedingt außerplanmäßigen Rückreise.

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Überführung nach dem Tode der versicherten Person aus dem Ausland zum ständigen Wohnsitz vor Beginn der Reise oder die Beisetzung im Ausland bei Tod während des Auslandsaufenthaltes bis zu der Höhe, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

B. Selbstbeteiligung

Selbstbeteiligung

Die Selbstbeteiligung beträgt pro Person und Kalenderjahr für Erwachsene (d. h. ab Alter 21) **300 EUR**, für Kinder und Jugendliche die Hälfte, also **150 EUR**, jeweils bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird.

Auf die Selbstbeteiligung angerechnet werden nur die erstatteten Aufwendungen (vgl. Abschnitt C.7).

C. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterungen

1. Abweichend von § 4 Abs. 2.1 AVB werden Arztkosten für ambulante und stationäre Behandlungen (mit Ausnahme von Ziffer 6. des Abschnitts A.) auch über den Rahmen der in der Bundesrepublik Deutschland gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattet, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.
2. Als häusliche Behandlungspflege gelten ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegehilfskräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z. B. Injektionen, Verbände, Blutdruckmessungen).
3. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer kostengünstige Bezugsquellen für den zukünftigen Bezug von Arznei- und Verbandmittel unaufgefordert mit. Die Verminderung des Erstattungssatzes beschränkt sich auf die vom Versicherer genannten Arznei- und Verbandmittel.
4. Soweit keine amtlichen Gebührensätze vereinbart sind oder es an einer entsprechenden Taxe fehlt, gelten für Heilmittel die in der Bundesrepublik Deutschland üblichen Sätze.
5. Auskünfte zu den Hilfsmitteln, die über den Versicherer bezogen werden können, sind vor dem Bezug von Hilfsmitteln beim Versicherer einzuholen. Dieser wird unverzüglich entscheiden, ob die Beschaffung über ihn erfolgt. Wird ein Hilfsmittel ohne Einschalten des Versicherers bezogen, ist 100 %-iger Aufwendungsersatz nicht sichergestellt.
6. Ein aus medizinischen Gründen erforderlicher Rücktransport aus dem Ausland liegt vor, wenn für die Rückreise aus Krankheitsgründen die Benutzung einer besonderen Krankentransporteinrichtung (z. B. Krankenwagen, Krankenliege im Flugzeug) notwendig ist, wenn am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist oder wenn nach Art und Schwere der Erkrankung eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde.
7. Wird eine Kostenübernahmeerklärung zum Zweck der unmittelbaren Kostenabrechnung mit dem Krankenhaus oder Transportunternehmen beantragt, hat der Versicherungsnehmer eine noch nicht verbrauchte Selbstbeteiligung durch Zahlung auszugleichen, wenn eine Verrechnung mit anderen Versicherungsleistungen aus dem Vertrag nicht möglich ist.

8. Abweichend von § 1 Abs. 4.1 AVB besteht für Arbeitnehmer, sowie deren Ehegatten und Kinder, sofern für diese Tarif MediComfort abgeschlossen ist, weltweiter Versicherungsschutz für die Dauer eines beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes. Ein beruflich bedingter Auslandsaufenthalt (Entsendung) im Sinne des Tarifs MediComfort liegt vor, wenn die Tätigkeit im Ausland durch einen in der Bundesrepublik Deutschland ansässigen Arbeitgeber veranlasst ist (vgl. Abschnitt F).

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.
2. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

E. Garantierte Beitragsrückerstattung

Beitragsrückerstattung

Anspruch auf die garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit besteht, wenn

- a) die Versicherung nach Tarif MediComfort während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden hat und für das gesamte abgelaufene Kalenderjahr keine Versicherungsleistungen beantragt worden sind. Wenn die Versicherung nach Tarif MediComfort aufgrund unterjährigen Versicherungsbeginns nicht während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden hat, ist maßgeblich, dass für das gesamte abgelaufene Kalenderjahr weder aus Tarif MediComfort noch aus einer anderen Krankheitskostenversicherung Versicherungsleistungen für ambulante, stationäre oder zahnärztliche Behandlung beantragt worden sind,
- b) eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer am **30.06.** des folgenden Kalenderjahres ohne Beitragsrückstand noch besteht. Diese Voraussetzung entfällt, wenn die Versicherung infolge Tod, Anspruch auf Heilfürsorge oder Eintritt der Versicherungspflicht beendet wurde.

Die Beitragsrückerstattung beträgt:

- 4 Monatsbeiträge für ein leistungsfreies Kalenderjahr,
- 4 Monatsbeiträge für zwei aufeinander folgende leistungsfreie Kalenderjahre,
- 5 Monatsbeiträge für drei aufeinander folgende leistungsfreie Kalenderjahre,
- 6 Monatsbeiträge für vier und mehr aufeinander folgende leistungsfreie Kalenderjahre in Tarif MediComfort.

Für das Kalenderjahr des erstmaligen Versicherungsbeginns nach Tarif MediComfort wird die Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit für jeden Kalendermonat, in dem die Versicherung nach Tarif MediComfort bestanden hat, zu 1/12 gezahlt.

Für die Berechnung der Beitragsrückerstattung wird jeweils 1/12 des Jahresbeitrages für Tarif MediComfort des abgelaufenen Kalenderjahres zugrunde gelegt. Der gesetzliche Zuschlag wird nicht in die Berechnung einbezogen.

Anfragen des Versicherungsnehmers, die sich auf Bezugsquellen für Arznei- und Verbandmittel oder Hilfsmittel (außer Sehhilfen) beziehen, auch unter Einreichung etwaiger Verordnungen und Berichte, haben keine Auswirkungen auf den Anspruch auf garantierte Beitragsrückerstattung, sofern mit der Anfrage ein Erstattungsantrag nicht verbunden ist.

F. Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet des Versicherers

Wegzug

Abweichend von § 15 AVB wird bei Wegzug einer versicherten Person (Arbeitnehmer, Ehegatte und Kinder) ins außereuropäische Ausland für die Dauer eines beruflich bedingten Auslandsaufenthaltes (Entsendung, vgl. Abschnitt C.8) die Weiterführung des Versicherungsschutzes nach Tarif MediComfort nicht von besonderen Bedingungen abhängig gemacht. Bei Fortdauer des Auslandsaufenthaltes über den Zeitraum einer Entsendung hinaus, prüft der Versicherer, ob das Versicherungsverhältnis unverändert fortgeführt werden kann.

Liegen die Voraussetzungen einer Entsendung nicht mehr vor, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer unverzüglich darüber zu unterrichten.

