

Tarif SB

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs SB für die Versicherung ambulanter Heilbehandlungskosten mit dynamisierten Selbstbeteiligungen

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand 1.1.2008

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen

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

Teil I: Musterbedingungen 2008 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2008) und
Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 Abs. 1 und 2 MB/KK 2008 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2008 wird der Versicherungsschutz – sofern ein Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden muss – so lange gewährt, wie die versicherte Person die Rückreise wegen Transportunfähigkeit nicht antreten kann.

2. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen.

3. Selbstbeteiligung

Als Selbstbeteiligung können Beträge von

153,- Euro oder

500,- Euro oder

650,- Euro oder

800,- Euro oder

1.150,- Euro oder

1.550,- Euro oder

2.300,- Euro

vereinbart werden. Die Selbstbeteiligung gilt je versicherte Person und Kalenderjahr.

Beginnt die Versicherung während des zweiten Quartals, so ermäßigt sich für das erste Kalenderjahr die Selbstbeteiligung um ein Viertel, bei Beginn im dritten oder vierten Quartal jeweils um ein weiteres Viertel. Diese Regelung gilt nicht bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

4. Vertragserweiterungen

Bei Vertragserweiterungen sind für die Mehrleistungen die Wartezeiten (§ 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2008) erneut einzuhalten; § 2 Abs. 1 MB/KK 2008 gilt entsprechend.

5. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tage des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2008). Treten Personen nachträglich einer bestehenden Versicherung bei, so endet ihr erstes Versicherungsjahr mit dem laufenden Versicherungsjahr des Versicherungsnehmers. Die weiteren Versicherungsjahre werden denen des Versicherungsnehmers angepasst. Entsprechendes gilt bei Vertragsänderungen.

6. Wartezeiterlass aufgrund eines Attestes

Sofern der Versicherungsnehmer auf eigene Kosten innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung für die zu versichernden Personen ärztliche Atteste auf vorgeschriebenem Formular vorlegt, können die Wartezeiten nach § 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2008 erlassen werden.

B) Leistungen des Versicherers

Erstattet werden die Kosten ambulanter Heilbehandlung mit 100 % des Rechnungsbetrages, soweit sie die vereinbarte Selbstbeteiligung übersteigen, und zwar für:

1. Ärztliche Leistungen

Ärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche – nicht zahnärztliche – Tätigkeit nach Maßgabe der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen.

Leistungen für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie werden für höchstens 30 Sitzungen pro Kalenderjahr erbracht, darüber hinaus nur, wenn diese vom Versicherer vor Behandlungsbeginn schriftlich zugesagt worden sind. Psychotherapeutische Behandlungen durch Psychotherapeuten werden nach Maßgabe der jeweils gültigen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) bis zum Höchstsatz der GOÄ erstattet.

Die Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn sie

- a) von Ärzten mit verfahrensbezogener Zusatzausbildung unmittelbar oder von diesen verordnet im Delegationsverfahren oder
- b) von approbierten, im Arztregister eingetragenen Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – in eigener Praxis – durchgeführt werden.

Heilpraktikerleistungen umfassen sämtliche Verrichtungen von Heilpraktikern nach Maßgabe des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der 1985 von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen Fassung (GebüH) bis zu den dort festgelegten Mindestsätzen; entsprechendes gilt auch, wenn derartige Verrichtungen von Ärzten durchgeführt werden und sie nicht im Gebührenverzeichnis der GOÄ enthalten sind.

2. Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente.

3. 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).

Hierzu gehören nicht Badezusätze, kosmetische Mittel, Desinfektionen, Nähr- und Stärkungsmittel, Weine, Mineralwässer u. ä.

4. Hilfsmittel

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

Erstattet werden die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung.

5. Transporte

Als solche gelten notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug zum und vom nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus.

6. Rückführung und Überführung

Als Rückführung 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 der Rückführung 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 Kosten erstattet.

7. Kurbehandlungen

Als solche gelten ärztliche Leistungen, Arzneimittel und Kuranwendungen.

Berechnung der Selbstbeteiligung

Die erstattungsfähigen Kosten werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die unter Ziffer 1. genannten Leistungen von Ärzten und Heilpraktikern durchgeführt bzw. Verordnungen gemäß Ziffern 2. – 7. vollzogen wurden.

C) Leistungen des Versicherungsnehmers

1. Jahresbeitrag

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn und bei Vertragsänderungen nach dem jeweiligen Eintrittsalter festgesetzt. Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem im Versicherungsschein für die versicherte Person vermerkten Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung.

Die Zahlung des Jahresbeitrages kann in monatlichen Raten erfolgen.

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. Risikozuschlag

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

3. Mahngebühr

Je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.

4. Leistungsunterlagen

Die Rechnungen müssen in Urschrift vorgelegt werden und spezifiziert sein, insbesondere den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.

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

D) Beitragsrückerstattung

Versicherte Personen,

1. die für das abzurechnende Geschäftsjahr keine Versicherungsleistungen erhalten haben und
2. deren Beitragsraten für alle 12 Monate spätestens am 31. 12. des Jahres voll und ohne Gerichtsverfahren gezahlt worden sind und
3. deren Versicherung am 31. 12. des abzurechnenden Jahres mindestens 1 Jahr bestanden hat und
4. deren Versicherung am 1. 7. des Folgejahres noch in Kraft ist, es sei denn, dass sie im Folgejahr durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht endet,

haben Anspruch auf eine Beitragsrückerstattung, sofern und soweit eine solche satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung, die auch den Zeitpunkt der Auszahlung festsetzt, beschlossen wird.

E) Beitragsanpassung

1. 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 2008 Anwendung.

2. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

§ 18 MB/KK 2008 bleibt unberührt.