

Allgemeine
Versicherungsbedingungen (AVB)
Teil III

VolIMed Tarif SMB

Für den Zugang
ab 1.3.2009

KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I: Musterbedingungen (MB/KK 2009) und Teil II: Tarifbedingungen (in einem gesonderten Druckstück B 270).

A l l g e m e i n e s

Die Kosten für ärztliche bzw. für zahnärztliche Leistungen werden abweichend von § 4 Abs. 2.1 AVB im Rahmen des Regelhöchstsatzes erstattet. Der Regelhöchstsatz ist für persönliche ärztliche und zahnärztliche Leistungen der 2,3-fache Gebührensatz der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ), für medizinisch-technische Leistungen der 1,8-fache Satz der GOÄ und Laborleistungen der 1,15-fache Satz der GOÄ. Erstattungsfähig sind Aufwendungen nur, soweit sie den Bemessungsgrundsätzen dieser Gebührenordnungen entsprechen und innerhalb der Regelhöchstsätze liegen.

Aufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien sind erstattungsfähig, soweit sie zu einem angemessenen Preis berechnet sind. Die jeweiligen Beträge, bis zu denen von einem angemessenen Preis ausgegangen wird, werden bei der Prüfung eines Kostenvoranschlages mitgeteilt.

V e r s i c h e r u n g s l e i s t u n g e n

1. Medizinische Informationen und Beratungen bei ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung, 24-Stunden-Notruf-Service bei Auslandsreisen

1.1 Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen umfangreiche Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefon, die Sie in Anspruch nehmen können.

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen
- geplanten Krankenhausaufenthalten (auch zu unseren Kooperationspartnern)

wir nennen Ihnen

- Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken

wir senden Ihnen

- Behandlungseleitlinien und Informationsmaterial für bestimmte Erkrankungen

außerdem bieten wir Ihnen

- Terminvereinbarungen mit Behandlern
- die Vermittlung von Operationsplätzen und -terminen
- zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen
 - die Einschaltung von Spezialisten
 - die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung
- individuelle "Patientenbegleitung" durch die Organisation einer optimalen medizinischen Fallsteuerung (auch über Ärztenetzwerke).

1.2 Bei Auslandsreisen steht Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service mit folgenden Leistungen zur Verfügung:

- Vermittlung und Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern
- ärztliche Betreuung, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, Benachrichtigung von Angehörigen
- Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen
- Organisation von Transporten/Verlegung zum nächsterreichbaren Arzt/Krankenhaus
- Organisation von Auslandsrücktransporten
- Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Heimatwohnsitz.

Kostenersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für:

2. Ambulante Heilbehandlung

2.1 Heilbehandlung durch Ärzte, sowie ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) gemäß § 4 Abs. 2 und 2.5 der AVB einschließlich verordneter Arzneien (inkl. zugehöriger Applikationshilfen) und Verbandmittel zu 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn für die (Erst-) Behandlung der Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt), ein Facharzt für Gynäkologie, für Augenerkrankungen oder für Kindererkrankungen in Anspruch genommen wird. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen.

Heilbehandlung durch Ärzte gemäß § 4 Abs. 2 und 2.5 der AVB einschließlich verordneter Arzneien (inkl. zugehöriger Applikationshilfen) und Verbandmittel zu 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn für die (Erst-) Behandlung nicht der Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt), ein Facharzt für Gynäkologie, für Augenerkrankungen oder für Kindererkrankungen in Anspruch genommen wird. Solche Heilbehandlungen sind indes im Rahmen einer medizinischen Notfallbehandlung zu 100% erstattungsfähig.

Die Heilbehandlung durch Heilpraktiker ist nicht erstattungsfähig.

2.2 Überwachung der Schwangerschaft durch Arzt, Hebamme oder Entbindungspfleger sowie Hausentbindungen.

2.3 Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff), die von der Ständigen Impfkommission empfohlen werden (nicht für Beruf und Reisen).

3. Stationäre Heilbehandlung

3.1 Unterbringung, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als Regelleistung gemäß § 4 Abs. 4.1 und 4.2 der AVB.

3.2 Medizinisch notwendige Fahrten und Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

4. Zahnbehandlung

4.1 Zahnbehandlung gemäß § 4 Abs. 2.7 der AVB.

- 100% für allgemeine und prophylaktische zahnärztliche Leistungen, konservierende (ausgenommen Einlagefüllungen) und chirurgische Zahnbehandlung einschließlich Röntgenleistungen, Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums.
- 60% für Einlagefüllungen (Inlays), Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

4.2 Zahnersatz gemäß § 4 Abs. 2.8 der AVB.

- 60% für Zahnkronen, Kieferorthopädie sowie prothetische und implantologische Leistungen, insbesondere Brücken und Kronen.

4.3 Der Erstattungsbetrag für Zahnbehandlung und Zahnersatz ist insgesamt begrenzt auf 5.000 EUR jeweils für einen Zeitraum von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren.
Unter Berücksichtigung dieser Begrenzung werden in den ersten 6 Kalenderjahren jedoch höchstens erstattet:

- 1.000 EUR insgesamt im 1. Kalenderjahr
- 1.500 EUR insgesamt im 1. bis 2. Kalenderjahr
- 2.500 EUR insgesamt im 1. bis 3. Kalenderjahr
- 5.000 EUR insgesamt im 1. bis 4. Kalenderjahr
- 7.500 EUR insgesamt im 1. bis 5. Kalenderjahr
- 10.000 EUR insgesamt im 1. bis 6. Kalenderjahr.

Die Begrenzung der erstattungsfähigen Aufwendungen entfällt bei unfallbedingter zahnärztlicher / kieferorthopädischer Behandlung.

Kosten für kieferorthopädische Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn die Maßnahme vor Vollendung des 18. Lebensjahres des Versicherten geplant und begonnen wurde.

4.4 Ein Anspruch auf Leistungen für Zahnersatz, Einlagefüllungen (Inlays) oder Kieferorthopädie besteht nur dann, wenn und soweit der Versicherer **vor Beginn** der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes einschließlich einer detaillierten Kostenaufstellung des zahntechnischen Labors dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird nach Prüfung unverzüglich erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach

medizinisch notwendig sind. Wird kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, werden die tariflichen Leistungen (60% der erstattungsfähigen Aufwendungen) für Zahnersatz, Einlagefüllungen (Inlays) oder Kieferorthopädie nur zur Hälfte unter Berücksichtigung der Summenbegrenzung nach Abs. 4.3 erstattet, sofern die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

5. Selbstbeteiligung

Die oben angegebenen Tarifleistungen gelten unter Abzug der tariflich vereinbarten Selbstbeteiligung. Die Selbstbeteiligung gilt pro Person und Kalenderjahr (vgl. § 4 Abs. 7 der AVB). Die Selbstbeteiligung beträgt für versicherte Personen ab dem 15. Lebensjahr 330 EUR; für versicherte Personen bis zum 15. Lebensjahr 165 EUR.

6. Optionsrecht (gilt nicht für eine Umstellung in Tarife des BestMed Tarifsystems)

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass der Versicherer einen Antrag auf Abschluss des VollMed Tarifs PLU ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten annimmt, soweit der Versicherungsnehmer dies bis zu dem auf die Vollendung des 45. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr beantragt.

Darüber hinaus kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer einen Antrag auf Wechsel in andere Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung (ausgenommen: Tarife aus dem BestMed Tarifsystem) ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten annimmt, soweit der Versicherungsnehmer den Wechsel bis zu dem auf die Vollendung des 45. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr beantragt und in den anderen Tarifen

- die Selbstbeteiligung nach Art und Umfang mindestens genau so hoch ist, wie im versicherten Tarif zum Zeitpunkt der Umstellung,
- bei stationärer Behandlung der Leistungsumfang auf die Kosten für wahlärztliche Leistungen und die Unterbringung im Zweibettzimmer begrenzt ist.

Das Optionsrecht kann ausschließlich zum 1. Januar des vierten oder sechsten Kalenderjahres nach erstmaligem Versicherungsbeginn des VollMed Tarifs SMB ausgeübt werden. Der Antrag auf Abschluss des VollMed Tarifs PLU bzw. der Antrag auf Wechsel in andere Tarife muss dem Versicherer spätestens am 31.10. des dritten bzw. fünften Kalenderjahres nach erstmaligem Versicherungsbeginn des VollMed Tarifs SMB vorliegen.

Bei Ausübung des Optionsrechts werden besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend angepasst, Leistungsausschlüsse und andere Sondervereinbarungen bleiben bestehen. Das Recht, jederzeit einen Umwandlungsantrag gemäß § 1 Abs. 6 der MB/KK 2009 zu stellen sowie das Recht auf einen Tarifwechsel entsprechend der Regelung des § 204 Versicherungsvertragsgesetz, bleibt unberührt.

7. Obliegenheiten

Neben dem VollMed Tarif SMB darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder Krankheitskostenvollversicherung mit Ausnahme des VollMed Tarifs PLU bei der DKV oder einer anderen privaten Krankenversicherung fortgeführt oder abgeschlossen werden.

8. Beitragsentlastung

8.1 Gegenstand der Vereinbarung

- Ab Beginn des Monats, der bei Vereinbarung "Beitragsentlastung V 65" auf die Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person folgt, verringert sich der Monatsbeitrag, der dann für ihre Krankheitskostenversicherung bei der DKV zu zahlen ist, um den vereinbarten Entlastungsbetrag.
- Eine Vereinbarung "Beitragsentlastung V 65" kann frühestens mit Eintrittsalter 20 und nur bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres getroffen werden.

8.2 Entlastungsbetrag

- Es kann ein monatlicher Entlastungsbetrag in Stufen von jeweils 50 EUR bis höchstens zu dem bei Abschluss einer Vereinbarung aktuellen Beitrag für die Krankheitskostenversicherung der versicherten Person vereinbart werden.
- Eine Anhebung des vereinbarten Entlastungsbetrages bis zu dem nach Nr. 8.2 Abs. 1 aktuellen Beitrag für die Krankheitskostenversicherung kann bei Vereinbarung "Beitragsentlastung V 65" nur bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres beantragt werden.
- Sinkt der Monatsbeitrag für die Krankheitskostenversicherung unter den Entlastungsbetrag, wird der Entlastungsbetrag zum gleichen Zeitpunkt so weit herabgesetzt, dass seine nächstliegende Stufe den Beitrag für die Krankheitskostenversicherung nicht mehr übersteigt. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen für den entfallenden Teil des Entlastungsbetrages gebildete Alterungsrückstellung wird auf den verbleibenden Beitrag angerechnet. Wenn unabhängig von einer Beitragsveränderung in der Krankheitskostenversicherung der vereinbarte Entlastungsbetrag herabgesetzt wird, gilt Satz 2 entsprechend.

8.3 Tarifbezeichnung

Im Versicherungsschein wird neben der vereinbarten Tarifvariante der Krankheitskostenversicherung das Alter, nach dessen Vollendung die Beitragsentlastung wirksam wird, und der vereinbarte Entlastungsbetrag angegeben, z. B.: VollMed SMB V65 / 200 EUR.

8.4 Beitragsanpassung

Die Beiträge für die "Beitragsentlastung" werden im Rahmen einer Beitragsanpassung der Krankheitskostenversicherung nach § 8b AVB vom Versicherer überprüft. Bei einer Veränderung der Rechnungsgrundlagen in der Krankheitskostenversicherung können die Beiträge für die "Beitragsentlastung" mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

8.5 Beendigung der Vereinbarung "Beitragsentlastung"

- Die Vereinbarung "Beitragsentlastung" kann nur neben solchen Krankheitskostenversicherungen der DKV bestehen, die Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen und bei denen - wie in diesem Druckstück - im Tariffteil bzw. in den jeweiligen Tariffteilen die "Beitragsentlastung" geregelt ist.
- Endet die Vereinbarung "Beitragsentlastung", wird die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Alterungsrückstellung auf den Beitrag einer bei der DKV für die versicherte Person weiter bestehenden Krankheitskostenversicherung angerechnet. Dabei kann eine sofortige Anrechnung oder eine Anrechnung zum Ablauf der vereinbarten Laufzeit gewählt werden.
- Für Versicherte, deren für die Beitragsentlastungsvereinbarung zugrunde liegende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat und für die die Mitgabe des Übertragungswertes nach § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG nicht vorgesehen ist, gilt:

Endet mit der Vereinbarung "Beitragsentlastung" auch die Krankheitskostenversicherung nach Nr. 7.5 Abs. 1, und besteht dann für die versicherte Person keine andere Krankheitskostenversicherung mehr bei der DKV, verfällt die Alterungsrückstellung aus dieser Vereinbarung zugunsten der Versichertengemeinschaft.

Für Versicherte, deren für die Beitragsentlastungsvereinbarung zugrunde liegende Krankheitskostenversicherung ab dem 1. Januar 2009 begonnen hat und für die die Mitgabe des Übertragungswertes nach § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG vorgesehen ist, gilt:

Endet mit der Vereinbarung „Beitragsentlastung“ auch die Krankheitskostenversicherung nach Nr. 7.5 Abs. 1, und besteht dann für die versicherte Person keine andere Krankheitskostenversicherung mehr bei der DKV, gelten die Regelungen zu § 13 Abs. 8 AVB entsprechend.

Hat die Vereinbarung "Beitragsentlastung" zehn Jahre bestanden, wird der maßgebliche Gegenwert für die Alterungsrückstellung aus dieser Vereinbarung auf eine bestehende Pflegeergänzungsversicherung oder Krankenhaustagegeldversicherung angerechnet, soweit dadurch bei der weiter bestehenden Versicherung eine monatliche Beitragsrate von 2,56 EUR nicht unterschritten wird.

8.6 Dauer der Beitragszahlung

Der Beitrag für die "Beitragsentlastung" ist auch nach Vollendung des 65. Lebensjahres zu zahlen, und zwar bis zur Beendigung der Krankheitskostenversicherung.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0800/3746 444 (gebührenfreie
Rufnummer)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Teil III

VollMed Tarif PLU

- In Verbindung mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung nach VollMed Tarif SMB -

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I: Musterbedingungen (MB/KK 2009) und Teil II: Tarifbedingungen (in einem gesonderten Druckstück B 270).

A l l g e m e i n e s

Der VollMed Tarif PLU ist eine unselbständige Teilversicherung und kann nur in Verbindung mit VollMed Tarif SMB bestehen.

V e r s i c h e r u n g s l e i s t u n g e n

Kostenersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- 1. Ambulante Heilbehandlung**
- 1.1 Heilmittel gemäß § 4 Abs. 3.2 der AVB zu 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen: Bäder, Massagen, physikalische und elektrische Behandlungen.
Aufwendungen für Heilmittel sind erstattungsfähig, soweit sie zu einem angemessenen Preis berechnet sind. Die jeweiligen Beträge, bis zu denen von einem angemessenen Preis ausgegangen wird, werden dem Versicherungsnehmer bei Abschluss des Vertrages übersandt.
- 1.2 Hilfsmittel gemäß § 4 Abs. 3.3 der AVB zu 75% der erstattungsfähigen Aufwendungen: Hörgeräte, Sprechgeräte, Stützapparate, orthopädische Einlagen, orthopädische Schuhe, Bandagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, Prothesen, Krankenfahrstühle und Gehhilfen. Hilfsmittel, die aufgrund ihrer Art zum leihweisen Gebrauch geeignet sind, werden vom Versicherer auf Anfrage ohne Selbstbeteiligung zur Verfügung gestellt.
Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen) bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 200 EUR zu 75% innerhalb von 2 Kalenderjahren. Ein erneuter Anspruch besteht erst nach Ablauf von 2 Kalenderjahren.
- 1.3 Psychotherapie pro Kalenderjahr zu: 75% für die ersten 25 Sitzungen, 50% für die 26. bis 50. Sitzung (vgl. § 4 Abs. 2.4 und 2.5 der AVB). In Abweichung von § 4 Abs. 2.1 AVB werden die Kosten der psychotherapeutischen Behandlung im Rahmen des Regelhöchstsatzes erstattet. Der Regelhöchstsatz ist für persönliche ärztliche Leistungen der 2,3-fache Satz der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
- 1.4 Medizinisch notwendige Fahrten und Transporte zum und vom nächsten Arzt oder Krankenhaus wegen ambulanten Behandlung.
- 1.5 Kosten für den Rücktransport einer akut erkrankten Person aus dem Ausland, wenn eine ausreichende medizinische Behandlung im Reiseland nicht gewährleistet ist sowie der Transport für eine Begleitperson, sofern diese Begleitung medizinisch notwendig bzw. von den zuständigen Behörden oder der Fluggesellschaft angeordnet wurde. Die medizinischen Gründe für die Begleitung sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen.
- 1.6 Kosten für die Überführung eines durch Krankheit oder Unfall im Ausland Verstorbenen an seinen Wohnsitz im Inland.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:

Kundenservice Center 0 18 01/358 100*

(*3,9 Ct/Min. aus dem dt. Festnetz; ab 1.3.2010 max. 42 Ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen)