

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil III

TARIF XL

KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und Teil II: Tarifbedingungen (in einem gesonderten Druckstück B 612).

1. Leistungsumfang

Nach Abzug der Selbstbeteiligung (Nr. 2) sind erstattungsfähig die Aufwendungen für:

- ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 10 AVB) zu 100%,
- stationäre Heilbehandlung (§ 4 Abs. 11 AVB) zu 100%.

Wird die Unterbringung in einem Ein- oder Zweibettzimmer nicht in Anspruch genommen, zahlen wir ohne Anrechnung auf die Selbstbeteiligung zum Ausgleich ein Krankenhaustagegeld

in Höhe von 25 EUR pro Tag.

Wird auf die privatärztliche Behandlung verzichtet, zahlen wir ohne Anrechnung auf die Selbstbeteiligung zum Ausgleich ein Krankenhaustagegeld

in Höhe von 25 EUR pro Tag.

Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt.

- Zahnbehandlung (§ 4 Abs. 12 a) AVB) zu 100%.
- Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung (§ 4 Abs. 12 b) AVB) zu 80%.

Bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung mit einem voraussichtlichen Gesamtbetrag von über 2.000 EUR empfehlen wir, uns vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes/Kieferorthopäden sowie einen Kostenvoranschlag über zahntechnische Laborarbeiten und Materialien vorzulegen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

Ohne Abzug der Selbstbeteiligung sind erstattungsfähig die Aufwendungen für:

- Rückführung (§ 4 Abs. 13 AVB) zu 100%,
nach Einholung einer Leistungszusage oder wenn die Rückführung durch uns organisiert wurde.
- Rückführung (§ 4 Abs. 13 AVB) zu 80%,
wenn die vorgenannten Voraussetzungen nicht vorliegen.
- Todesfall im Ausland (§ 4 Abs. 14 AVB) zu 100%.

2. Selbstbeteiligung

- a) Die Selbstbeteiligung wird von den gesamten Erstattungsbeträgen für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung abgezogen. Sie gilt pro versicherter Person und Kalenderjahr, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden.

Beginnt die Versicherung nach Tarif XL nicht am 1. Januar, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung für das erste Versicherungsjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich die Selbstbeteiligung nicht.

Die Selbstbeteiligung beträgt für Erwachsene 3.500 EUR und für versicherte Personen bis zum 20. Lebensjahr 1.650 EUR.

Nach Vollendung des 20. Lebensjahres gilt ab folgendem Kalenderjahr die Selbstbeteiligung der Erwachsenen.

- b) Bei Vorliegen der nachfolgenden Krankheiten fällt die Selbstbeteiligung für die versicherte Person für die gesamte zukünftige Versicherungsdauer im Tarif XL weg, wenn

- die Erstdiagnose der Krankheit während des Versicherungsschutzes nach Tarif XL festgestellt wird,
- das nachfolgend aufgeführte Stadium der Krankheit erreicht ist und
- die Hilfe unseres Gesundheitsmanagers in Anspruch genommen wird.

Der Gesundheitsmanager steht Ihnen und allen versicherten Personen für medizinische Fragen zur Verfügung und berät Sie bei der Inanspruchnahme unserer Serviceleistungen.

Krankheiten:

Krebs:

Histologisch gesichertes Auftreten eines bösartigen Tumors mit infauster Prognose oder mit Nachweis von Lymphknoten- oder Fernmetastasen. Eingeschlossen sind auch alle Stadien von Leukämien und verwandte Formen von Blutkrebs.

Herzinfarkt:

Herzinfarkt mit einer dauerhaften Verminderung der echokardiographischen Auswurfraction auf weniger als 35%.

Chronisches Nierenversagen:

Dialysepflichtigkeit einer nicht verbesserungsfähigen Nierenerkrankung.

Schlaganfall:

Eintritt eines akuten Hirninfarktes oder einer Hirnblutung mit anhaltender, wenigstens über einen Zeitraum von 6 Monaten nachweisbarer neurologischer Ausfallsymptomatik.

Knochenmarksversagen:

Knochenmarksversagen im Sinne einer aplastischen Anämie oder eines myelodysplastischen Syndroms, welches über einen Zeitraum von wenigstens 6 Monaten regelmäßige Bluttransfusionen erforderlich gemacht hat. Die Diagnose muss bei wiederholten Messungen im genannten Zeitraum von 6 Monaten gesichert sein.

Koma:

Koma bzw. apallisches Syndrom, das mindestens über 168 Stunden bestanden haben muss und nach weiteren 6 Monaten ein nachweisbares neurologisches Defizit aufweist (ausgeschlossen sind Komaformen im Zusammenhang mit Alkohol- und Drogenmissbrauch).

Bösartige Lymphdrüsen- und Geschwulsterkrankungen:

Histologisch gesicherte bösartige Erkrankung der Lymphknoten und/oder des Knochenmarkes. Ferner der histologisch gesicherte Befall von nicht dem Lymphsystem zuzuordnender Organstrukturen im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium III oder IV der Ann-Arbor-Klassifikation.

Schädel-Hirn-Trauma:

Schädel-Hirn-Trauma/Hirnblutungen mit neurologischen Ausfallsymptomen, die auch nach über 6 Monaten noch bestehen.

Multiple Sklerose:

Multiple Sklerose (Enzephalomyelitis disseminata) mit neurologischen Ausfallerscheinungen, welche über wenigstens 6 Monate bestanden haben müssen.

Kurzdarmsyndrom:

Kurzdarmsyndrom bei Verlust von mindestens 60% des Dünndarms und objektiver Notwendigkeit zur Dauerbehandlung mittels Medikamenten und/oder Nahrungsergänzung über eine Magensonde oder einen Katheter.

Aids bzw. HIV-Infektion:

Aids bzw. HIV-Infektion mit einem nachgewiesenen Abfall der T-Helferzellen unter 500/Mikroliter. Die Krankheitsdauer muss mindestens 6 Monate betragen. Die Infektion muss durch Mehrfachtestungen einschließlich positiver Bestätigungstests bestätigt sein.

Organtransplantationen:

Durchführung einer Transplantation als Empfänger eines Herzens, einer Lunge oder Leber sowie Knochenmark eines Fremdspenders.

3. Serviceleistungen

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen und allen versicherten Personen 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

- Behandlungsleitlinien 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),
- bei Auslandsreisen
 - 24-Stunden-Service mit Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern,
 - ärztliche Betreuung, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, Information 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.

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