

## Tarif AZP

### für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

#### I. Versicherungsfähigkeit

Tarif AZP ist nur in Kombination mit Tarif EGO versicherbar.

#### II. Versicherungsleistungen

Die im Folgenden aufgeführten Leistungen für ambulante Heilbehandlung sowie für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie werden ohne Abzug eines Selbstbehalts erstattet.

#### 1. Ambulante Heilbehandlung

##### 1.1. Arztbehandlungen zu 100 %

Hierzu gehören auch Beratungen, Besuche, Sonderleistungen, Röntgendiagnostik und -therapie, ärztliche Wegegebühren und ambulante Behandlungen im Krankenhaus.

##### 1.2. Hebammenhilfe und häusliche Behandlungspflege zu 100 %

Hebammenhilfe ist im Rahmen der amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung erstattungsfähig.

Häusliche Behandlungspflege durch anerkannte Pflegedienste ist erstattungsfähig, wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist und ärztlich verordnet wurde.

##### 1.3. Arznei- und Verbandmittel zu 100 %

Arznei- und Verbandmittel werden erstattet, soweit sie ärztlich verordnet sind.

##### 1.4. Heilmittel zu 100 %

Als Heilmittel gelten Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Ergotherapie, Logopädie, Schwangerschaftsgymnastik, Massagen, medizinische Bäder jeder Art sowie alle anderen Heilmittel gemäß Tarifbedingung b zu § 4 (3) MB/KK 2009.

##### 1.5. Hilfsmittel zu 100 %

Hilfsmittel sind technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen ausgleichen oder mildern, sowie lebenserhaltende Hilfsmittel. Als solche gelten z. B.:

###### 1.5.1. Hör- und Sprechhilfen;

Körperersatzstücke (Prothesen, Epithesen) und Orthesen;  
die aus medizinischen Fachgeschäften bezogenen Bandagen und Kompressionsstrümpfe, orthopädischen Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädischen Schuhe, Einlagen und Schuhzurichtungen, Blutgerinnungsmessgeräte (wie z. B. „Coagu-Chek“), Insulin- und Medikamentenpumpen, Absauggeräte;  
Heimdialysegeräte;  
Rollatoren und Krankenfahrstühle;  
Stoma- und Inkontinenzversorgungsartikel.

Sauerstoffkonzentratoren, Flüssigsauerstoff, Beatmungsgeräte, Herz- und Atemmonitore sowie Pulsoxymeter werden vom Versicherer zur Verfügung gestellt.

Weiterhin werden Pumpen und technisches Zubehör zur Verabreichung einer künstlichen Ernährung (enterale Ernährung) sowie die entsprechenden medizinischen Nährlösungen erstattet.

Darüber hinaus sind lebenserhaltende Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn die lebenserhaltende Funktion durch kein hier genanntes Hilfsmittel gewährleistet werden kann.

Krankenfahrstühle sind bis zu einem Rechnungsbetrag von **15.000 EUR** erstattungsfähig; bei medizinisch notwendigen Spezialanfertigungen können nach vorheriger Zusage des Versicherers auch höhere Beträge erstattet werden.

Kosten für das Ausleihen, die Reparatur und die Wartung von Hilfsmitteln sowie die Unterweisung im Gebrauch sind ebenfalls erstattungsfähig.

Nicht erstattungsfähig sind Pflegehilfsmittel (z. B. Adaptions-, Bade-, Mobilitäts- und Toilettenhilfen, Treppenfahrzeuge, Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege, zur Hygiene, zur selbstständigeren Lebensführung, zur Linderung von Beschwerden);

Geräte im Zusammenhang mit Fitness und Wellness; Bestrahlungsgeräte; sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z. B. Fieberthermometer, Heizkissen) sowie Betriebs- und Pflegekosten (z. B. Strom, Batterien, Reinigungs- und Pflegemittel).

#### 1.5.2. Sehhilfen.

Erstattungen für Sehhilfen oder alternativ für eine Sehschärfenkorrektur mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operationen) sind **auf 260 EUR** innerhalb von jeweils 24 Monaten begrenzt.

### 1.6. Ambulante psychotherapeutische Behandlung

Erstattet werden psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die durch Fachärzte für psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie erbracht werden.

Erstattet werden weiterhin psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP), die durch Psychologische Psychotherapeuten erbracht werden, die ihre Approbation aufgrund einer den ärztlichen Psychotherapeuten vergleichbaren Ausbildung erhalten haben. Bei Kindern und Jugendlichen kann die Behandlung auch durch einen approbierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erfolgen.

Voraussetzung für die Erstattung ist, dass dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein ausreichend begründeter Bericht vorgelegt wird und er die Leistungen schriftlich zugesagt hat.

Die Aufwendungen für psychotherapeutische **Sitzungen** werden **zu 90 %** erstattet. Die Anzahl der Sitzungen ist auf **50** pro Kalenderjahr begrenzt.

### 1.7. Naturheilkundliche Heilbehandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker

**zu 100 %**

Es werden die folgenden Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker erstattet. Erstattungsfähige Aufwendungen sind die im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im jeweils geltenden Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen oder im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind, sowie die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arznei-, Verband- und Heilmittel.

Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen werden bis zu den Höchstsätzen erstattet, die für vergleichbare ärztliche Leistungen im Rahmen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Leistungen des Heilpraktikers, die im GebüH geregelt sind, werden ausschließlich im Rahmen des GebüH erstattet; die in der Tarifbedingung zu § 4 (2) MB/KK 2009 vorgesehene Beschränkung auf die Höchstsätze einer ärztlichen Abrechnung entfällt.

Der Versicherer behält sich vor, darüber hinaus Erstattungen für neue, den Grundgedanken der Naturheilkunde entsprechenden Therapien vorzusehen, die über das Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen hinausgehen.

§ 4 (6) MB/KK 2009 findet für den genannten Leistungsbereich keine Anwendung.

### 1.8. Hausentbindungen

Bei Hausentbindungen wird neben der Kostenerstattung gemäß den Punkten II. 1.1. bis II. 1.7. zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z. B. Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege) ein Betrag von **1.000 EUR** gezahlt. Ein ggf. bestehender Anspruch auf Pauschalerstattung nach Punkt III. oder auf Beitragsrückerstattung bleibt bei Inanspruchnahme von Leistungen gemäß Punkt II. 1.8. erhalten.

### 1.9. Ambulante Operationen

Bei ambulanten Operationen wird neben der Kostenerstattung gemäß den Punkten II. 1.1. bis II. 1.7. zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z. B. Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege) ein Betrag von **150 EUR** gezahlt (Bonus für ambulante Operationen). Dieser Betrag wird nur entrichtet, wenn der Eingriff im Indikationskatalog<sup>1)</sup> aufgeführt ist. Der Versicherer kann den Indikationskatalog abändern, um ihn an den aktuellen Stand der medizinischen Entwicklung anzupassen.

Ein ggf. bestehender Anspruch auf Pauschalerstattung nach Punkt III. oder auf Beitragsrückerstattung bleibt bei der Durchführung einer ambulanten Operation gemäß Indikationskatalog erhalten.

<sup>1)</sup> Der Indikationskatalog für ambulante Operationen ist diesen Unterlagen beigefügt.

### 1.10. Zusätzliche Vorsorgeleistungen

**zu 100 %**

Folgende Aufwendungen für ärztliche Leistungen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen werden erstattet:

#### **Für Kinder (Alter 0 - 14 Jahre):**

Zusätzliche Kindervorsorgeuntersuchung im Alter von 8, 10, 12 und 14 Jahren (jeweils einmalig).

#### **Für Jugendliche (Alter 15 - 19 Jahre):**

Eine Jugendvorsorgeuntersuchung (Vergütung analog einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten eines Erwachsenen).

## **Für Erwachsene:**

- a) Erweiterte Krebsvorsorge (einmal innerhalb von drei Jahren):  
Für Frauen ab dem vollendeten 20. Lebensjahr:  
Gynäkologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Gebärmutter, der Eierstöcke, eines weiteren inneren Organs; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Nativpräparat; Urin-Teststreifen.  
Für Männer ab dem vollendeten 45. Lebensjahr:  
Urologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Prostata, der Nieren, eines weiteren inneren Organs; PSA-Test; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Urin-Teststreifen.
- b) Ab dem vollendeten 20. Lebensjahr (einmal innerhalb von zwei Jahren):  
Vorsorgeuntersuchung auf Hautkrebs.
- c) Ab dem vollendeten 20. Lebensjahr bis zum vollendeten 34. Lebensjahr (einmal innerhalb von vier Jahren):  
Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten; Lungenfunktionsprüfung; Belastungs-EKG; Blutentnahme; Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild; Blutuntersuchung (Glukose, CRP, Cholesterin, HDL-, LDL-Cholesterin, Harnsäure, Harnstoff, Kreatinin, Gamma-GT, GPT, GOT); Urin-Teststreifen.
- d) Ab dem vollendeten 35. Lebensjahr in Verbindung mit der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung (einmal innerhalb von zwei Jahren):  
Lungenfunktionsprüfung; Belastungs-EKG; Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild; Blutuntersuchung (CRP, Harnsäure, Harnstoff, Kreatinin, Gamma-GT, GPT, GOT); Urin-Teststreifen.
- e) Ab dem vollendeten 45. Lebensjahr zusätzlich (einmal innerhalb von drei Jahren):  
Untersuchung zur Glaukom-Früherkennung.
- f) Ab dem vollendeten 55. Lebensjahr zusätzlich (einmal innerhalb von drei Jahren):  
Doppler-Sonographie zur Schlaganfallvorsorge.

Leistungen gemäß Punkt II. 1.10. werden bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet. Unter Regelhöchstsatz ist der 2,3-fache Satz der GOÄ zu verstehen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz.

Die in der Tarifbedingung zu § 1 (2) b MB/KK 2009 vorgesehenen Leistungseinschränkungen finden keine Anwendung.

### **1.11. Ambulante Entwöhnungsbehandlungen zu 70 %**

der erstattungsfähigen Aufwendungen. Erstattungsfähig sind die medizinischen Versorgungskosten von insgesamt bis zu zwei ambulanten Entwöhnungsbehandlungen, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht. Vollständig durch andere Kostenträger finanzierte ambulante Entwöhnungsbehandlungen werden angerechnet. Als medizinische Versorgungskosten gelten ausschließlich die ärztlichen, psychotherapeutischen und medikamentösen Kosten einer maximal sechs Monate dauernden ambulanten Entwöhnungsbehandlung. Voraussetzungen sind, dass eine stoffgebundene Abhängigkeit außer Nikotinsucht vorliegt und dass der Versicherte vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

§ 5 (1) b) MB/KK 2009 findet insoweit keine Anwendung.

### **1.12. Schutzimpfungen bei Auslandsreisen zu 100 %**

Es werden die Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff vor Auslandsreisen bis zu **100 EUR** pro Versicherungsjahr erstattet (siehe dazu Tarifbedingung zu § 4 (1) MB/KK 2009). Versichert sind Impfungen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis.

### **1.13. Transportkosten zu 100 %**

Transportkosten bei ambulanter Behandlung sind erstattungsfähig, wenn es sich um einen Rettungstransport handelt oder wenn der Transport wegen Gehunfähigkeit der versicherten Person oder wegen der Folgen ambulant durchgeführter diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen (z. B. Dialyse, Chemotherapie, Röntgenbestrahlungen, ambulante Operationen) medizinisch notwendig ist.

## **2. Zahnärztliche Behandlung**

### **2.1. Zahnbehandlung zu 100 %**

Als Zahnbehandlung gelten folgende ambulant durchgeführte Maßnahmen:

Allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische Leistungen, konservierende Leistungen (mit Ausnahme von Kronen und Inlays), chirurgische Leistungen, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums sowie Röntgenuntersuchungen.

Erstattungsfähig im Rahmen einer Zahnbehandlung sind weiterhin - auch bei stationärer Behandlung - Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers\*) aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden.

## 2.2. Zahnersatz, Kieferorthopädie

zu 80 %

Als Zahnersatz gelten folgende ambulant durchgeführte Maßnahmen:

Prothetische Leistungen einschließlich Kronen und Inlays (Einlagefüllungen), Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische sowie implantologische Leistungen.

Erstattungsfähig im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung für Zahnersatz oder Kieferorthopädie - auch bei stationärer Behandlung - sind weiterhin zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers\*) aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden.

Zu Beginn der Versicherung gelten für Zahnersatz und Kieferorthopädie insgesamt folgende Erstattungshöchstbeträge:

Höchstsatz bis zum Ende des 2. Versicherungsjahres	<b>insgesamt</b>	<b>1.600 EUR</b>
Höchstsatz bis zum Ende des 4. Versicherungsjahres	<b>insgesamt</b>	<b>3.200 EUR</b>
Höchstsatz bis zum Ende des 6. Versicherungsjahres	<b>insgesamt</b>	<b>6.400 EUR</b>
ab dem 7. Versicherungsjahr	<b>unbegrenzt</b>	

Sind Zahnersatz oder Kieferorthopädie wegen eines Unfalles (siehe Tarifbedingung zu § 1 (1) MB/KK 2009) erforderlich, der nach der Policierung eingetreten ist, so entfallen die Höchstsätze für den jeweiligen Versicherungsfall.

zu Punkt II. 2.1. und II. 2.2.:

Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

\*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigelegt.

### III. Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen

Zu Beginn der Versicherung nach Tarif AZP erhält der Versicherungsnehmer für die versicherte Person das Wahlrecht zwischen den beiden nachfolgenden Auszahlungsmodalitäten der Pauschalerstattung. Die gewählte Auszahlungsmodalität kann nicht geändert werden.

Unabhängig von der gewählten Auszahlungsmodalität schließen Erstattungspauschalen für Hausentbindungen und ambulante Operationen (Punkt II. 1.8. sowie II. 1.9.) den Anspruch auf eine Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen nicht aus. Maßgebliche Grundlage für die Höhe der Pauschalerstattung ist der tarifliche Zahlbeitrag ohne gesetzlichen Zuschlag gemäß § 149 VAG.

#### 1. Auszahlungsmodalität 1: Pauschalerstattung als Beitragsstundung

**Hat eine versicherte Person für ein Versicherungsjahr keine Leistungen gemäß Abschnitt II. in Anspruch genommen**, so erhält der Versicherungsnehmer für diese Person eine Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen in Höhe der Hälfte des tariflichen Zahlbeitrags. Dies erfolgt, indem der Versicherer dem Versicherungsnehmer den entsprechenden Beitragsanteil stundet. Für die versicherte Person ist damit ab Versicherungsbeginn nur die Hälfte des tariflichen Zahlbeitrags zu zahlen, solange Leistungsfreiheit gemäß Abschnitt II. besteht.

**Nimmt die versicherte Person für ein Versicherungsjahr Leistungen gemäß Abschnitt II. in Anspruch**, so entfällt der Anspruch auf die gestundete Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen für das gesamte Versicherungsjahr, in dem die Behandlung stattgefunden hat, sowie für das folgende Versicherungsjahr. Werden Leistungen gemäß Abschnitt II. für zwei unmittelbar folgende Versicherungsjahre in Anspruch genommen, entfällt der Anspruch auf die Pauschalerstattung für ein weiteres Versicherungsjahr. Für jedes weitere unmittelbar folgende Versicherungsjahr mit Leistungen gemäß Abschnitt II. verlängert sich der Zeitraum ohne Anspruch auf die Pauschalerstattung um jeweils weitere 12 Monate.

- **Bei fortlaufender Versicherung** ist für eine entsprechende Anzahl von Monaten der volle tarifliche Zahlbeitrag zu entrichten, zugunsten des Versicherungsnehmers beginnend am 01. des Monats, der auf die maßgebliche Leistungsabrechnung gemäß Tarif AZP folgt. Die maßgebliche Leistungsabrechnung ist diejenige, die jeweils zum Fortfall der Pauschalerstattung führt.
- **Endet der Versicherungsschutz** nach Tarif AZP während der Dauer der vollen Beitragszahlung, so werden die noch ausstehenden gestundeten hälftigen tariflichen Zahlbeiträge sofort fällig. Werden Leistungen gemäß Abschnitt II. nach Ende des Versicherungsschutzes für Tarif AZP abgerechnet, entfällt der Anspruch auf die Pauschalerstattung, und die entsprechenden gestundeten halben tariflichen Zahlbeiträge sind sofort nachzuzahlen.

Für die Ermittlung des gesetzlichen Zuschlags sowie die Zahlung des Anwartschaftsbeitrags ist der volle tarifliche Zahlbeitrag maßgebend.

Falls die Versicherung nach Inanspruchnahme von Leistungen gemäß Abschnitt II. ruhend oder in Anwartschaft geführt wird, verlängert sich die Zahlungsdauer für den vollen tariflichen Zahlbeitrag entsprechend der Unterbrechung. Sie verkürzt sich entsprechend um die Dauer von Ruhens- und Anwartschaftszeiten vor Behandlungsbeginn im Behandlungsjahr.

Sofern für ein Versicherungsjahr der Anspruch auf die Pauschalerstattung nicht entfällt (d. h. für dieses Versicherungsjahr und das Jahr davor werden keine Leistungen gemäß Abschnitt II. in Anspruch genommen), wird auf die Nacherhebung des für dieses Jahr gestundeten Beitragsanteils verzichtet.

## **2. Auszahlungsmodalität 2: Pauschalerstattung als garantierte Beitragsrückerstattung**

Der Versicherungsnehmer erhält je Versicherungsjahr für jede nach Tarif AZP versicherte Person eine Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen in Höhe der Hälfte der auf das unmittelbar vorhergehende Versicherungsjahr entfallenden tariflichen Zahlbeiträge des Tarifs AZP, wenn die betreffende versicherte Person zum 31.3. des aktuellen Versicherungsjahres die unter a) bis c) genannten Voraussetzungen erfüllt:

- a) In den beiden vorhergehenden Versicherungsjahren wurden keine Leistungen gemäß Abschnitt II. in Anspruch genommen.
- b) Zum 31.3. des aktuellen Versicherungsjahres besteht Versicherungsschutz nach einer Krankheitskostenversicherung der HanseMercur Krankenversicherung AG.
- c) Die Versicherung nach Tarif AZP wurde im vorhergehenden Versicherungsjahr nicht länger als einen Monat in Anwartschaft oder ruhend geführt.

Für das erste Versicherungsjahr erhält der Versicherungsnehmer die Pauschalerstattung, sofern dieses leistungsfrei war und zum 31.3. des zweiten Versicherungsjahres die Voraussetzungen b) bis c) erfüllt sind. Bestand die Versicherung nach Tarif AZP im vorhergehenden Versicherungsjahr weniger als 12 Monate, so wird die Pauschalerstattung anteilig geleistet.

Hat die versicherte Person für ein Versicherungsjahr Leistungen gemäß Abschnitt II. in Anspruch genommen, so entfällt der Anspruch auf Pauschalerstattung für das gesamte Versicherungsjahr sowie für das folgende Versicherungsjahr. Für jedes weitere unmittelbar folgende Versicherungsjahr mit Leistungen gemäß Abschnitt II. verlängert sich der Zeitraum ohne Anspruch auf Pauschalerstattung um ein weiteres Versicherungsjahr.

Die Auszahlung erfolgt im April des aktuellen Versicherungsjahres.

## **IV. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung**

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Tarifbedingungen.