

Tarif CS

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Versicherung ambulanter und stationärer Heilbehandlungskosten sowie zahnärztlicher Leistungen nach dem Tarif CS

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 01.07.2018

A) Allgemeine Bestimmungen

1. Versicherungsbedingungen:

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

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

a) Versicherungsfall

Als Versicherungsfall im Sinne des § 1 Abs. 2 MB/KK 2009 gilt auch die vollstationäre Versorgung in einem Hospiz.

b) Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung des § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht für sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

c) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes in die Schweiz

In Erweiterung des § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 wird die Schweiz den dort aufgeführten Staaten gleichgestellt.

d) Medizinische Versorgungszentren

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang)* tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 können Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von approbierten Ärzten und Zahnärzten verordnet werden, die in einem MVZ nach § 95 SGB V tätig sind.

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in MVZ.

e) Krankenhausambulanzen

In Erweiterung des § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten liquidationsberechtigten Ärzten und Zahnärzten frei, die jeweils in Krankenhaus- oder Hochschulambulanzen sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind. Die Abrechnungen müssen nach den gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden.

In Erweiterung des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 können Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von approbierten liquidationsberechtigten Ärzten und Zahnärzten verordnet werden, die jeweils in Krankenhaus- oder Hochschulambulanzen sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanzen tätig sind.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

§ 5 Abs. 1 c MB/KK 2009 gilt auch für die Behandlungen in einer Krankenhaus- oder Hochschulambulanz sowie psychiatrischen oder geriatrischen Institutsambulanz.

f) Internet- und Versandapotheken

Als Apotheke im Sinne des § 4 Abs. 3 MB/KK 2009 gelten auch Internet- und Versandapotheken, die eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in der Europäischen Union haben.

g) Leistungspflicht in anerkannten Heilbädern / Kurorten

Abweichend von § 5 Abs. 1 e MB/KK 2009 besteht Leistungspflicht für ambulante Heilbehandlung in einem anerkannten Heilbad oder anerkannten Kurort.

h) Umrechnung ausländischer Währung

Als Kurs des Tages im Sinne des § 6 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

2. Personenkreis:

Aufgenommen werden können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die das 65. Lebensjahr noch nicht überschritten haben. Die Aufnahme von Personen mit einem Eintrittsalter über 65 Jahre ist zu besonderen Bedingungen möglich.

3. Versicherungsjahr:

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

Entsprechendes gilt bei Vertragserweiterungen.

4. Neugeborenenachversicherung:

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.

5. Vertragserweiterungen:

Bei Vertragserweiterungen sind für Mehrleistungen die Wartezeiten (§ 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009) erneut einzuhalten; § 2 Abs. 1 MB/KK 2009 gilt entsprechend.

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 2009 erlassen werden.

7. Zurechnungen der Kostenerstattungen je Kalenderjahr:

Die Kostenerstattungen des Versicherers werden – sofern der Tarif die Zuordnung erfordert – dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen durchgeführt bzw. Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen werden.

B) Leistungen des Versicherers

I. Ambulante Heilbehandlung

1. Erstattet werden

je versicherte Person und Kalenderjahr aus Rechnungen für ambulante Heilbehandlung

- a) die erstattungsfähigen Kosten bis zu 5.112,92 Euro mit 80 %
- b) die darüber hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten mit 100 %

Der vorgenannte Beitrag kann mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde der Kostenentwicklung angepasst werden.

2. Erstattungsfähig sind Kosten für

a) Ärztliche Leistungen

Diese umfassen die gesamte ärztliche Tätigkeit nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen. Entsprechendes gilt für Verrichtungen von Heilpraktikern nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH).

Jede psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn dem Versicherer in Textform anzuzeigen; § 10 Abs. 1 MB/KK 2009 findet entsprechende Anwendung.

b) Hebammen und Entbindungspfleger

Erstattet werden die Kosten für sämtliche Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern, soweit sie in der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung aufgeführt sind, im Rahmen der dort festgelegten Sätze.

c) Häusliche Behandlungspflege

Erstattungsfähig sind Kosten der häuslichen Behandlungspflege. Als Behandlungspflege gelten ärztlich angeordnete und von geeigneten Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (wie Verbandwechsel, Injektionen, Blutdruckmessung, Katheterwechsel usw.), die auf Heilung, Besserung, Linderung oder das Vermeiden einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind. Erstattet werden die Kosten für Leistungen von geeigneten Pflegefachkräften im Rahmen ihrer regionalen Verträge mit öffentlichen Versicherungsträgern.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat

d) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind die Kosten für eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung nach § 37 b Abs. 1 bis 3 SGB V (siehe Anhang)*, sofern

- die versicherte Person bei Vorliegen einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwändige Versorgung benötigt,
- die spezialisierte ambulante Palliativversorgung ärztlich verordnet ist und durch geeignete Leistungserbringer durchgeführt wird, die einen Vertrag nach § 132 d SGB V (siehe Anhang)* geschlossen haben und
- eine Spezifikation der im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erbrachten Leistungen mit Datum, Uhrzeit und Dauer sowie der Eignungsnachweis des Leistungserbringers einschließlich des Medikamentenplans dem Versicherer zur Prüfung vorgelegt werden.

* siehe Anhang zu den MB/KK 2009 (SGB V)

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

e) Arznei- und Verbandmittel

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente.

Präparate und Mittel für die enterale Ernährung (Sondennahrung) und parenterale Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg aufgrund medizinischer Indikation nicht möglich ist.

f) Heilmittel

Das 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.

g) Hilfsmittel

Das sind technische Mittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.

Erstattet werden die Kosten für Hilfsmittel in einfacher Ausführung.

Die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahme für den Blindenführhund und die sehunfähige versicherte Person sind ebenfalls erstattungsfähig.

Ausgenommen von der Erstattung sind Behandlungs- und medizinisch-technische Geräte sowie sanitäre Bedarfsartikel.

h) Schutzimpfungen

Erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden. Schutzimpfungen anlässlich einer Reise oder aus beruflichen Gründen sind nicht erstattungsfähig.

i) Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzungen und Untersuchungsintervalle.

j) Krankentransporte

Als Krankentransporte gelten

- notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt oder Krankenhaus,
- ärztlich verordnete Fahrten zur und von der Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie in der nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Einrichtung und
- ärztlich verordnete Fahrten zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn eine Schwerbehinderung mit dem Zusatz aG (außergewöhnliche Gehbehinderung), BI (Blindheit) bzw. H (Hilflosigkeit) vorliegt oder die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist. Bei Pflegegrad 3 muss für die versicherte Person eine dauerhafte Beeinträchtigung der Mobilität vorliegen, die die Beförderung notwendig macht. Diese ist auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

k) 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 Notwendigkeit der Rückführung ist 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.

l) Kurbehandlungen

Dazu gehören Kuranwendungen in einem Heilbad oder Kurort und die damit in Zusammenhang stehenden ärztlichen Leistungen und Arzneimittel.

II. Zahnärztliche Leistungen

Erstattet werden 80 % der Kosten für die gesamten zahnärztlichen Leistungen nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen, und zwar je versicherte Person

- a) bis zu 1.022,58 Euro innerhalb der ersten beiden Kalenderjahre
- b) bis zu 2.045,17 Euro innerhalb der beiden folgenden Kalenderjahre
- c) bis zu 3.067,75 Euro ab dem 5. Kalenderjahr für jeweils zwei aufeinanderfolgende Kalenderjahre.

Das erste Kalenderjahr endet mit dem Schluss des Jahres, in dem die Versicherung nach diesem Tarif begonnen hat.

III. Stationäre Krankenhausheilbehandlung

1. Erstattet werden die Kosten

- a) für privatärztliche Behandlungen nach der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen mit **100 %**
- b) für sämtliche Leistungen von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern, soweit sie in der jeweils gültigen amtlichen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung aufgeführt sind, im Rahmen der dort festgelegten Sätze mit **100 %**
- c) für Krankenhausnebenleistungen, soweit sie zusätzlich zum allgemeinen Pflegesatz berechnungsfähig sind, sowie für notwendige Hin- und Rücktransporte zum nächstgelegenen Krankenhaus mit **100 %**
- d) – je nach Art gewählter Unterkunft –
 - (1) des berechneten allgemeinen Pflegesatzes ohne jeden Zuschlag für besondere Unterkunft (3. Pflegeklasse) mit **100 %**
oder
 - (2) des berechneten allgemeinen Pflegesatzes und des Unterkunftszuschlages für ein Zwei-Bett-Zimmer (2. Pflegeklasse)
bis zum 42. Tage eines ununterbrochenen Krankenhausaufenthaltes mit **95 %**,
danach mit **100 %**
oder
 - (3) des berechneten allgemeinen Pflegesatzes und des Unterkunftszuschlages für ein Ein-Bett-Zimmer (1. Pflegeklasse)
bis zum 42. Tag eines ununterbrochenen Krankenhausaufenthaltes mit **90 %**,
danach mit **100 %**

Abweichend von § 4 Abs. 5 MB/KK 2009 ist eine schriftliche Zusage des Versicherers nicht erforderlich, wenn

- es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
- die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder
- während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

- e) für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen. Sie gelten als für die Mutter entstanden und werden während eines Entbindungsaufenthaltes im Rahmen von Buchstabe d erstattet.
- f) für stationäre Versorgung in einem zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlungen erbracht werden.

Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, ist der Versicherer ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.

Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat.

- 2. Bei stationärer Heilbehandlung eines Kindes bis zum vollendeten 10. Lebensjahr werden die gesondert berechneten Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils bis zu 30 % des allgemeinen Pflegesatzes (3. Pflegeklasse) erstattet, sofern die Begleitung des kranken Kindes aus medizinischen Gründen notwendig ist.

IV. Stationäre Kurbehandlung

Erstattet werden 80 % der Kosten für

Unterbringung, Verpflegung und Behandlung

in ärztlich geleiteten und mit ausreichenden Einrichtungen für Kuranwendungen versehenen Kurkliniken, Sanatorien oder vergleichbaren Häusern, und zwar je versicherte Person bis zu 766,94 Euro innerhalb von zwei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

Das erste Kalenderjahr endet mit Schluss des Jahres, in dem die Versicherung begonnen hat.

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 Jahr des Versicherungsbeginns bzw. der Vertragsänderung.

Der Jahresbeitrag kann in monatlichen Raten gezahlt werden.

2. Risikozuschlag:

Für erschwerte Risiken können Risikozuschläge vereinbart werden.

3. Anzeigepflicht bei Krankenhausaufenthalten:

Abweichend von § 9 Abs. 1 MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer bei Krankenhausbehandlungen, die in Deutschland stattfinden, auf die Einhaltung der Anzeige innerhalb von 10 Tagen.

4. Leistungsunterlagen:

Die Rechnungen müssen im Original 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.

Bei Inanspruchnahme von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung sind die erforderlichen Unterlagen nach Abschnitt B I 2 Buchstabe d Abs. 1 dritter Spiegelstrich einzureichen. Arzneimittelrechnungen von in der Bundesrepublik Deutschland bezogenen Arzneimitteln müssen darüber hinaus insbesondere das Apothekenkennzeichen und die Pharmazentralnummern (PZN) enthalten. Werden Arzneimittel aus einer Internet- oder Versandapotheke bezogen, ist neben der Arzneimittelrechnung der dazugehörige Zahlungsbeleg einzureichen. Die Rechnungen der Leistungserbringer sind mit den angefallenen Rechnungen für Arznei-, Verband-, Heil- und/oder Hilfsmittel zusammen vorzulegen, andernfalls kann die Erstattung abgelehnt werden.

D) Leistungsfreiheits-Rabatt und Beitragsrückerstattung

I. Leistungsfreiheits-Rabatt

Jede versicherte Person erwirbt für jedes volle Kalenderjahr, für das keine Versicherungsleistungen in Anspruch genommen und die Beiträge bis zum 31.12. in voller Höhe entrichtet wurden,

einen Leistungsfreiheits-Rabatt von 5 % (eine Rabattstufe),

höchstens jedoch 25 % (fünf Rabattstufen).

Für jedes Kalenderjahr, für das Versicherungsleistungen in Anspruch genommen wurden, verringert sich der Leistungsfreiheits-Rabatt um eine Rabattstufe.

Bemessungsgrundlage je versicherte Person ist der Beitrag, der ohne Berücksichtigung des jeweils erreichten Leistungsfreiheits-Rabatts ab 1.7. des folgenden Jahres zu zahlen wäre. Der Leistungsfreiheits-Rabatt wird ab diesem Zeitpunkt wirksam.

II. Beitragsrückerstattung

Unabhängig von der Leistungsfreiheit besteht außerdem Anspruch auf Beitragsrückerstattungen und Beitragsnachlässe aus der Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, wenn und soweit satzungsgemäß von der Mitgliederversammlung eine solche Überschussverwendung beschlossen wird.

E) 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 2009 Anwendung.

Bei Zahnersatz empfehlen wir Ihnen, uns einen Kostenvoranschlag Ihres Zahnarztes, der spezifizierte Kosten für Material- und Laborkosten enthält, einzureichen; wir können Ihnen daraufhin die Höhe der von uns zu erwartenden Leistungen mitteilen.