

Krankheitskosten-Tarif GB für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

(Stand: 01.01.2008)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2008 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1. Ambulante Behandlung

in Tarifstufe				
GB 20	GB 30	GB 40	GB 50	GB Z
20 %	30 %	40 %	50 %	–

der Aufwendungen für

- ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Ärzte und Heilpraktiker,
- ambulante Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung, auch durch Hebammen,
- Arzneien und Verbandmittel,
- Heil- und Hilfsmittel,
- Notfall-Rettungsdienst,
- häusliche Behandlungspflege,
- psychotherapeutische ambulante Behandlung bis zu 20 Sitzungen pro Kalenderjahr,
- Brillen und Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von 165 EUR pro Kalenderjahr.

Die Entbindungspauschale beträgt

246 EUR	369 EUR	492 EUR	615 EUR	0 EUR
---------	---------	---------	---------	-------

2. Stationäre Behandlung

20 %	30 %	40 %	50 %	–
------	------	------	------	---

der Aufwendungen für

- Unterbringung, Verpflegung und Behandlung als allgemeine Krankenhausleistungen,
- gesondert berechnete ärztliche Leistungen,
- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer,
- Transport im Krankenwagen, im Notfall-Rettungsdienst auch mit dem Hubschrauber, je Versicherungsfall bis zu 100 km, mindestens aber bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

3. Sanatoriumsbehandlung

20 %	30 %	40 %	50 %	–
------	------	------	------	---

der Aufwendungen für Unterbringung, Verpflegung und Behandlung in Sanatorien bis zu einem Rechnungsbetrag von 15,50 EUR je Aufenthaltstag für längstens 28 Tage innerhalb von drei aufeinanderfolgenden Kalenderjahren.

4. Zahnbehandlung, -ersatz und Kieferorthopädie

20 %	30 %	40 %	50 %	–
------	------	------	------	---

der Aufwendungen für allgemeine und prophylaktische zahnärztliche Leistungen, konservierende und chirurgische Zahnbehandlung einschließlich Röntgenleistungen, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, prothetische und kieferorthopädische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen einschließlich der Auslagen für zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) mit Ausnahme der Materialkosten für Edelmetalle und Keramikverblendungen.

10 %	15 %	20 %	25 %	35 %
------	------	------	------	------

der Materialkosten für Edelmetalle und Keramikverblendungen.

Zu Beginn der Versicherung gelten als Aufwendungen bis zu

- 2.560 EUR im 1. Kalenderjahr,
- 3.840 EUR im 2. Kalenderjahr,
- 5.120 EUR im 3. Kalenderjahr.

Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls entfallen diese Höchstsätze. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Die im bisherigen Tarif zurückgelegte Versicherungsdauer wird angerechnet, sofern dieser Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung vorsieht.

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterungen

1. Als häusliche Behandlungspflege gelten ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegehilfskräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z. B. Injektionen, Verbände, Blutdruckmessungen).
2. Für die Inanspruchnahme von Leistungen für Zahnersatz, Zahnkronen und kieferorthopädische Behandlung muss mit Ausnahme bei Anfertigung einer Einzelkrone vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorgelegt werden.
Der Versicherte verpflichtet sich, den Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und seine Entscheidung schriftlich bekanntzugeben. Wird die Behandlung begonnen, ohne dass die Entscheidung vorliegt, kann der Versicherte nach Maßgabe des § 28 Abs. 2 VVG berechtigt sein, die unter A. 4. beschriebenen Erstattungs- und Höchstsätze um 20 % zu kürzen.
Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Aufwendungen.

C. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

Erläuterungen

1. Tarifstufe GB Z kann nur zu den Tarifstufen GB 20, GB 30, GB 40, GB 50 bzw. GBR 20, GBR 30, GBR 40 oder GBR 50 (Hauptversicherung) abgeschlossen werden.
2. Die Versicherung nach Tarifstufe GB Z endet auch für laufende Versicherungsfälle mit Beendigung der Hauptversicherung (siehe 1.).
3. Die Versicherung nach Tarifstufe 20 endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen zum Ende des Monats, in dem der Versorgungsfall eintritt.
4. Bei Minderung oder Wegfall des Beihilfebemessungssatzes ist zur Erhöhung des Versicherungsschutzes ein Tarifwechsel ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich. Besonders vereinbarte Leistungsminderungen gelten auch im neuen Tarif, individuelle Beitragszuschläge werden im Verhältnis der Tarifbeiträge verändert. Die erhöhten Leistungen werden unter Anrechnung der bisherigen Versicherungsdauer auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von 6 Monaten nach Änderung oder Wegfall des Beihilfeanspruchs gestellt und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich. Die Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum 1. des Monats, in dem die Änderung eintritt oder zum 1. des auf die Änderung folgenden Monats beantragt werden; sie wird frühestens wirksam zum Beginn des Monats, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruchs sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Sobald eine versicherte Person das 12. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

E. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Rückerstattung bei Leistungsfreiheit

Als Form der Verwendung kann die Beitragsrückerstattung für leistungsfrei gebliebene Versicherte beschlossen werden. Der Vorstand legt dann fest, für welche Tarife oder Tarifkombinationen und in welcher Höhe die Ausschüttung erfolgt. Anspruch besteht für jede versicherte Person, wenn

- a) die Versicherung während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden hat und für das abgelaufene Kalenderjahr keine Versicherungsleistungen erbracht worden sind. Die Ausschüttung der Beitragsrückerstattung und ihre Höhe kann davon abhängig gemacht werden, dass diese Voraussetzung für mehrere aufeinander folgende Kalenderjahre erfüllt ist.
- b) die Versicherung am 30. 06. des folgenden Jahres ohne Beitragsrückstand noch besteht. Diese Voraussetzung entfällt, wenn die Versicherung infolge Tod, Anspruch auf Heilfürsorge oder Eintritt der Versicherungspflicht beendet wurde.

Für die Berechnung der Beitragsrückerstattung wird jeweils 1/12 des Jahresbeitrages des abgelaufenen Kalenderjahres zugrunde gelegt.

Die Beitragsrückerstattung wird im 3. Quartal des folgenden Geschäftsjahres ausgezahlt oder gutgeschrieben.