HanseMerkur

Tarif KVP

für ambulante, stationäre 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. Versicherungsleistungen

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

1. Ambulante Heilbehandlung

1.1. Arztbehandlungen **zu 100 %** **bei Behandlung durch einen Primärarzt**

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

1.2. Arznei- und Verbandmittel **zu 100 %** **bei Behandlung durch einen Primärarzt**

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

Als Behandlungen durch einen Primärarzt nach den Punkten I. 1.1. und I. 1.2. gelten Behandlungen durch einen Facharzt für Allgemeinmedizin / praktischen Arzt, einen Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, der an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, einen Facharzt für Frauenheilkunde, für Augenheilkunde oder für Kinderheilkunde. Soll die Erstattung gemäß den Punkten I. 1.1. und I. 1.2. bei sonstigen Facharztbehandlungen wie bei Primärarztbehandlungen erfolgen, muss die Erstbehandlung von einem Primärarzt durchgeführt werden und ist durch die Erstbehandlungsrechnung nachzuweisen. Wird die Erstbehandlung nicht durch einen Primärarzt durchgeführt, reduziert sich die Erstattung nach den Punkten I. 1.1. und I. 1.2. auf **80 %**. Ambulante Operationen zählen als Primärarztbehandlung. Gleiches gilt für die Erstversorgung, wenn in einem akuten Notfall kein Primärarzt zu erreichen ist, für ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen gemäß § 1 (2) b MB/KK 2009 und für von der STIKO empfohlene Schutzimpfungen gemäß der Tarifbedingung zu § 1 (2) MB/KK 2009.

1.3. 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.

1.4. Heilmittel **zu 90 %**

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.

Wird eine Operation nicht stationär, sondern ambulant durchgeführt, werden in diesem Zusammenhang zu erstattende Heilmittel **zu 100 %** vergütet.

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, Messgeräte für Körperzustände / -funktionen, 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. Sofern die Versorgung dieser Hilfsmittel nicht über den Versicherer erfolgt, werden die Kosten für den Bezug der Hilfsmittel in der Höhe erstattet, die bei einer Versorgung durch den Versicherer entstanden wären. Die Höhe kann beim Versicherer erfragt werden.

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

HanseMerkur Krankenversicherung AG Siegfried-Wedells-Platz 1 20354 Hamburg Tel.: 040 4119-4119, Fax: -3257 www.hansemerkur.de

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

Hör- und Sprechhilfen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.000 EUR** je Hilfsmittel erstattungsfähig, Körperersatzstücke, Orthesen und orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate bis zu einem Rechnungsbetrag von **15.000 EUR** je Hilfsmittel. Krankenfahrstühle sind bis zu einem Rechnungsbetrag von **12.000 EUR** erstattungsfähig.

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

1.5.2. Sehhilfen.

Erstattungen für Sehhilfen oder alternativ für eine Sehschärfenkorrektur mittels Lasertechnologie (wie LASIK-Operationen) sind auf **100 EUR** innerhalb von jeweils 36 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 70 %** erstattet. Die Anzahl der Sitzungen ist auf **50** pro Kalenderjahr begrenzt.

1.7. Naturheilkundliche Heilbehandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker

zu 80 %

Es werden die folgenden Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.000 EUR** pro Versicherungsjahr (siehe dazu Tarifbedingung zu § 4 (1) MB/KK 2009) 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 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. 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.

Die Rechnungsbeträge, bis zu denen eine Erstattung erfolgt, sind im 1. Versicherungsjahr auf **100 EUR** und im 2. Versicherungsjahr auf **200 EUR** beschränkt. Ab dem 3. Versicherungsjahr gilt der tarifliche Rechnungshöchstbetrag von **1.000 EUR** pro Versicherungsjahr.

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 I. 1.1. bis I. 1.7. zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen (z. B. Haushaltshilfe, häusliche Krankenpflege) ein Betrag von **500 EUR** gezahlt. Ein ggf. bestehender Anspruch auf die Pauschalerstattung nach Punkt V. oder auf die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung bleibt bei Inanspruchnahme von Leistungen gemäß Punkt I. 1.8. erhalten.

1.9. 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 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.

c) 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.

Leistungen gemäß Punkt I. 1.9. 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.

1.10. 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 Versicherer vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat.

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

1.11. 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.

1.12. Digitale Gesundheitsanwendungen zu 100 %

Voraussetzung ist, dass diese als Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung klassifiziert sind und ihre Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht. Die digitalen Gesundheitsanwendungen müssen dazu bestimmt sein, bei den Versicherten oder im Rahmen ihrer Versorgung durch Leistungserbringer die Gesundheit zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten oder Verletzungen zu unterstützen. Voraussetzung ist weiterhin, dass

- sie im Verzeichnis nach § 139e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) enthalten sind und ärztlich verordnet wurden oder
- durch vorherige Kostenzusage als erstattungsfähig anerkannt wurden oder
- durch den Versicherer selbst durch entsprechende Kooperationen mit Anbietern im Gesundheitswesen den Versicherten zur Verfügung gestellt werden.

Die digitalen Gesundheitsanwendungen müssen von den in der Tarifbedingung e zu § 4 (3) MB/KK 2009 genannten Behandelnden verordnet werden.

Der Versicherer behält sich vor, die Kostenerstattung für eine digitale Gesundheitsanwendung auf eine medizinisch sinnvolle Nutzungszeit zu begrenzen.

Die Kosten sind im Umfang der in Tarifbedingung e zu § 4 (3) MB/KK 2009 genannten Höchstsätze erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig sind Kosten, die im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung entstehen, wie Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.

Nicht versicherte Leistungen im Bereich ambulante Heilbehandlung

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).

Ambulante Kuren - mit Ausnahme der in Punkt I. 1.10. zugesagten Maßnahmen - sind nicht erstattungsfähig.

Nicht versichert sind ferner Inseminationen und künstliche Befruchtungen einschließlich der Maßnahmen, die im Rahmen dieser Therapien durchgeführt werden.

2. Stationäre Heilbehandlung und Entbindung zu 100 %

2.1. Erstattungsfähig sind die Kosten für Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß der Bundespflegesatzverordnung (§§ 7 - 8 BPflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (§ 7 KHEntgG). Dazu gehören:

Pflegesätze;
Fallpauschalen;
Sonderentgelte;
gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes, einer Beleghebamme bzw. eines Belegentbindungspflegers;
vor- und nachstationäre Heilbehandlung (im Sinne von § 115a SGB V).

Ist für eine Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- oder Kieferorthopädiemaßnahme eine stationäre Behandlung medizinisch notwendig, so werden Material- und Laborkosten gemäß Punkt I. 3.2. erstattet.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, werden Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BPflV oder KHEntgG angefallen wäre.

2.2. Erstattet werden die Kosten medizinisch notwendiger Transporte zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück.

2.3. Kosten für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Neugeborenen gelten als für die Mutter entstanden. Sie werden im tariflichen Umfang zusammen mit den Entbindungskosten erstattet.

Ein ggf. bestehender Anspruch auf die Pauschalerstattung nach Punkt V. oder auf die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung bleibt bei Inanspruchnahme von Leistungen gemäß Punkt I. 2. erhalten.

Nicht versicherte Leistungen im Bereich stationäre Heilbehandlung und Entbindung

Aufwendungen für gesondert vereinbarte wahlärztliche Behandlung und gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (Wahlleistungen gemäß § 16 BPflV bzw. § 17 KHEntgG) sowie für stationäre Kur-, Heilstätten- bzw. Sanatoriumsbehandlung sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes. Die Tarifbedingung zu § 5 (1) d MB/KK 2009 findet keine Anwendung.

3. Zahnärztliche Behandlung

3.1. 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.

Für Leistungen nach Punkt I. 3.1. erfolgt abweichend von der Tarifbedingung zu § 4 (2) MB/KK 2009 eine Begrenzung auf die Regelhöchstsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ). Diese sind der 2,3-fache Satz für persönliche Leistungen, der 1,8-fache Satz für medizinisch-technische Leistungen und der 1,15-fache Satz für Laborleistungen. Für die Teile der Aufwendungen, die durch Überschreiten der Regelhöchstsätze anfallen, besteht kein Leistungsanspruch.

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.

3.2. Zahnersatz und 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	**insgesamt**	**600 EUR**
Höchstsatz bis zum Ende des 4. Versicherungsjahres	**insgesamt**	**1.200 EUR**
Höchstsatz bis zum Ende des 6. Versicherungsjahres	**insgesamt**	**2.400 EUR**
Höchstsatz ab dem 7. Versicherungsjahr	**pro Jahr**	**4.000 EUR**

Sind Zahnersatz oder Kieferorthopädie wegen eines Unfalls (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 I. 3.1. und I. 3.2.:

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 (VVG).

*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigefügt.

II. Gesundheitsrabatt

Der Versicherer räumt ab dem 2. Monat nach Versicherungsbeginn bis zum 30.06. des 2. Versicherungsjahres jeder versicherten Person ab dem versicherungstechnischen Alter 20 einen Gesundheitsrabatt in Höhe von **10 %** ein, falls die versicherte Person die vom Versicherer festgelegten Kriterien eines Gesundheits-Checks erfüllt. Der Gesundheits-Check muss spätestens sechs Wochen nach Policierung durchgeführt werden. Die zu erfüllenden Kriterien für den Gesundheitsrabatt können beim Versicherer erfragt werden. Die Unterlagen für den Gesundheits-Check werden vom Versicherer ausgehändigt.

Zum jeweiligen Ablauftermin des Gesundheitsrabatts kann die Rabattvereinbarung um 12 Monate verlängert werden, sofern die versicherte Person die vom Versicherer festgelegten Kriterien des Gesundheits-Checks weiterhin erfüllt. Der Gesundheits-Check muss bis zum Ablauftermin anhand der vom Versicherer ausgehändigten Unterlagen durchgeführt werden

In Ausbildungstarifen ist kein Gesundheitsrabatt vorgesehen.

III. Optionsrecht auf höherwertigen Versicherungsschutz

Der Versicherungsnehmer erhält für jede versicherte Person, die sich im 4., 6. oder 8. Versicherungsjahr - gerechnet ab Beginn des Vollversicherungsschutzes - befindet, neben dem Tarifwechselrecht nach § 204 VVG die Möglichkeit, einmalig zu erleichterten Bedingungen in einen höherwertigen Versicherungsschutz der HanseMerkur Krankenversicherung AG zu wechseln, sofern ab Beginn der Krankheitskostenvollversicherung bei der HanseMerkur ununterbrochen Versicherungsschutz nach den Tarifen KVP, KVS1, KVS3, KVG1, KVG2, KVG3, KVE1, KVE2 oder KVE3 bestanden hat. Bei Umstellung im 4. Versicherungsjahr wird auf eine erneute Gesundheitsprüfung und auf Risikozuschläge aufgrund zwischenzeitlich neu aufgetretener Krankheiten verzichtet. Beitragszuschläge oder Leistungseinschränkungen können nur für Diagnosen vergeben werden, die bereits beim bisherigen Versicherungsschutz zu einem Risikozuschlag oder zu Leistungseinschränkungen geführt haben. Bei Umstellung im 6. Versicherungsjahr bzw. im 8. Versicherungsjahr kann für hinzukommende Teile des Versicherungsschutzes (Mehrleistung) ein Risikozuschlag gemäß § 8a (4) MB/KK 2009 verlangt werden, sofern ein erhöhtes Risiko vorliegt. Der für neu festgestellte Diagnosen vergebene Risikozuschlag für die Mehrleistung ist bei Umstellung im 6. Versicherungsjahr auf **50 %** und bei Umstellung im 8. Versicherungsjahr auf **100 %** des auf die Mehrleistung entfallenden Anteils des individuellen Tarifbeitrags beschränkt. Bereits bestehende Risikozuschläge werden bei der jeweiligen Umstellung gemäß § 8a (3) MB/KK 2009 angepasst.

Für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes sind keine Wartezeiten einzuhalten. Für laufende Versicherungsfälle wird ab dem Umstellungstermin nach den dann geltenden Tarifen geleistet.

Eine Umstellung der Versicherung für Kinder, die nach den Bestimmungen der Kindernachversicherung gemäß § 2 (2) und (3) MB/KK 2009 versichert wurden, darf zu erleichterten Bedingungen nur in Tarife erfolgen, die nicht höherwertig als der Versicherungsschutz eines Elternteils sind. Zusätzlich zu den zulässigen Umstellungsterminen kann die Umstellung auch gleichzeitig mit der Ausübung des Optionsrechts eines Elternteils erfolgen. In diesem Fall ist die Versicherungsdauer dieses Elternteils maßgeblich.

IV. Versicherungsfähigkeit mit anderen Tarifen

Mit Tarif KVP zusammen dürfen mit Ausnahme des Tarifs EKV2 keine anderen Tarife für ambulante oder zahnärztliche Behandlung versichert werden.

V. Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen

1. Höhe der Pauschalerstattung

Die Höhe der Pauschalerstattung für ein volles Kalenderjahr beträgt je versicherter Person:

Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre	Erwachsene ab 20 Jahre	Personen in der Ausbildungsversion
0 EUR	**1.000 EUR**	**1.000 EUR**

Das Alter berechnet sich aus der Differenz des Kalenderjahres, in dem der Anspruch auf Pauschalerstattung entsteht, und des Geburtsjahres (Beispiel: Im Jahr 2024 hat eine im Jahr 2004 geborene Person ein Alter von 20 Jahren (2024 - 2004). Die Höhe der Pauschalerstattung bei Leistungsfreiheit im Kalenderjahr 2024 beträgt demnach 1.000 EUR).

2. Für die Pauschalerstattung nicht relevante Gesundheitsleistungen

Erstattungspauschalen für Hausentbindungen gemäß Punkt I. 1.8. sowie Erstattungen für stationäre Heilbehandlungen und Entbindungen gemäß Punkt I. 2. schließen den Anspruch auf die Pauschalerstattung nicht aus. Gleiches gilt bei Aufwendungen für bildgebende Verfahren zur Früherkennung bösartiger Neubildungen gemäß Punkt II. 5. c) der Versicherungsbedingungen des Tarifs EKV2, sofern eine Zusatzversicherung nach Tarif EKV2 besteht.

3. Auszahlungsmodalitäten

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

3.1. Auszahlungsmodalität 1: Pauschalerstattung als Beitragsstundung

Hat eine versicherte Person für ein Versicherungsjahr keine Leistungen gemäß Punkt I. in Anspruch genommen, so erhält der Versicherungsnehmer für diese Person die Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen. Dies erfolgt, indem der Versicherer dem Versicherungsnehmer jeden Monat einen Beitragsanteil in Höhe von einem Zwölftel der gemäß Punkt V. 1. für ein volles Kalenderjahr festgelegten Pauschalerstattung stundet (d. h. der volle monatliche tarifliche Zahlbeitrag wird für Erwachsene und Personen in der Ausbildungsversion durch die Beitragsstundung um einen Betrag von (1/12) * 1.000 EUR = 83,33 EUR reduziert). Für die versicherte Person ist damit ab Versicherungsbeginn ein verringerter Betrag des tariflichen Zahlbeitrags zu zahlen, solange Leistungsfreiheit besteht.

Nimmt die versicherte Person für ein Versicherungsjahr Leistungen gemäß Punkt I. in Anspruch, so entfällt der Anspruch auf die Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen für das gesamte Versicherungsjahr, in dem die Behandlung stattgefunden hat. Für jedes weitere unmittelbar folgende Versicherungsjahr mit Leistungen verlängert sich der Zeitraum ohne Anspruch auf die Pauschalerstattung um jeweils weitere 12 Monate.

- **Bei fortlaufender Versicherung** ist für eine dem Zeitraum ohne Anspruch auf die Pauschalerstattung 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 KVP folgt. Die maßgebliche Leistungsabrechnung ist diejenige, die jeweils zum Fortfall der Pauschalerstattung führt.

- **Endet der Versicherungsschutz** nach Tarif KVP während der Dauer der vollen Beitragszahlung, so werden die noch ausstehenden gestundeten tariflichen Beitragsanteile sofort fällig. Werden Leistungen nach Ende des Versicherungsschutzes für Tarif KVP abgerechnet, entfällt der Anspruch auf die Pauschalerstattung, und die entsprechenden gestundeten tariflichen Beitragsanteile 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 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 werden keine Leistungen in Anspruch genommen), wird auf die Nacherhebung des für dieses Jahr gestundeten Beitragsanteils verzichtet.

3.2. Auszahlungsmodalität 2: Pauschalerstattung als garantierte Beitragsrückerstattung

Der Versicherungsnehmer erhält je Versicherungsjahr für jede nach Tarif KVP versicherte Person die Pauschalerstattung für nicht in Anspruch genommene Gesundheitsleistungen, wenn die betreffende versicherte Person zum 31.3. des aktuellen Versicherungsjahres die unter a) bis c) genannten Voraussetzungen erfüllt:

a) Im vorhergehenden Versicherungsjahr wurden keine Leistungen gemäß Punkt I. in Anspruch genommen.

b) Zum 31.03. des aktuellen Versicherungsjahres besteht Versicherungsschutz nach einer Krankheitskostenversicherung der Hanse-Merkur Krankenversicherung AG.

c) Die Versicherung nach Tarif KVP wurde im vorhergehenden Versicherungsjahr nicht länger als einen Monat in Anwartschaft oder ruhend geführt.

Bestand die Versicherung nach Tarif KVP in einem Versicherungsjahr weniger als 12 Monate, so wird die Pauschalerstattung für dieses Versicherungsjahr anteilig geleistet. Dies gilt insbesondere für das erste Versicherungsjahr (vgl. § 8 (1) TB/KK 2009). Voraussetzung für die Pauschalerstattung für das erste Versicherungsjahr ist, dass die Versicherung mindestens einen Monat mit Leistungsanspruch bestand.

Die Auszahlung erfolgt im April des aktuellen Versicherungsjahres.

VI. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Tarifbedingungen.