

Krankheitskosten-Tarif AS für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

(Stand: 01.01.2013)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- | | |
|--|---|
| 1. Ambulante Behandlung | 100 % der Aufwendungen für <ul style="list-style-type: none"> – 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, – Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbeitrag von 110 EUR. Die Entbindungspauschale beträgt 1.070 EUR. |
| 2. Stationäre Behandlung | 100 % der Aufwendungen für Unterbringung, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistungen, Krankentransporte und im Notfall-Rettungsdienst mit geeigneten Transportmitteln (z. B. Krankentransportwagen, Hubschrauber, Flugzeug), je Versicherungsfall bis zu 100 km, mindestens aber bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. |
| 3. Sanatoriumsbehandlung | 100 % des Pflegesatzes bis zu 27,50 EUR je Aufenthaltstag.
100 % der gesondert berechneten Arzt-, Arznei- und Heilmittelkosten.

Diese Leistungen werden für längstens 28 Tage innerhalb von drei aufeinander folgenden Kalenderjahren erbracht. |
| 4. Zahnbehandlung, -ersatz und Kieferorthopädie | 100 % 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.
Die zugehörigen Auslagen für zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten) sind zu erstattungsfähig.
75 % Zu Beginn der Versicherung sind die erstattungsfähigen Aufwendungen auf folgende Höchstsätze begrenzt:
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.
Wird innerhalb von 30 Tagen nach Antragstellung oder Versicherungsbeginn ein zahnärztlicher Befundbericht vorgelegt, können die Höchstsätze aufgehoben werden.
Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs AS ab 4. Versicherungsjahr. |
| 5. Rücktransport, Überführung oder Beisetzung | 100 % der Aufwendungen für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport. Dieser liegt vor, wenn für die Rückreise aus Krankheitsgründen die Benutzung einer besonderen Krankentransporteinrichtung (z. B. Krankenwagen, Krankenliege im Flugzeug) notwendig ist, wenn am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist oder wenn nach Art und Schwere der Erkrankung eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde.

Mitversichert sind auch die Mehrkosten einer krankheitsbedingt außerplanmäßigen Rückreise. |

- Leistungen des Versicherers** **100 %** der Aufwendungen für
- eine Überführung nach dem Tode der versicherten Person aus dem Ausland zum ständigen Wohnsitz vor Beginn der Reise
 - oder die Beisetzung im Ausland bei Tod während des Auslandsaufenthaltes bis zu der Höhe, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, soweit sie die tarifliche Selbstbeteiligung übersteigen, zu 100 % ersetzt.

B. Selbstbeteiligung

Selbstbeteiligung

Die Selbstbeteiligung beträgt pro Person und Kalenderjahr insgesamt

in Tarifstufe			
AS 0	AS 1	AS 2	AS 3
0 EUR	192 EUR	560 EUR	1.152 EUR

Auf die Selbstbeteiligung angerechnet werden nur die erstattungsfähigen Aufwendungen.

C. 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. Abweichend von § 1 Abs. 4.1 AVB besteht weltweiter Versicherungsschutz bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt.
3. 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 Versicherer 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 Versicherer 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.
4. Abweichend von § 4 Abs. 2.1 AVB werden Arztkosten auch über den Rahmen der in der Bundesrepublik gültigen Gebührenordnungen hinaus erstattet, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

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 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.