

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

Tarif AZplus mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. Januar 2017 -

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

I. Beiträge (Monatsraten gemäß § 8 MB/KK 2009)

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

II. Versicherungsleistungen

A. Mit 30 % werden Aufwendungen für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen bei Zahnersatz, Implantaten und Einlagefüllungen (z. B. Inlays, Onlays) erstattet.

B. Mit 100 % werden nach Anrechnung etwaiger Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder freien Heilfürsorge verbleibende Aufwendungen, die während einer Auslandsreise aus Anlass eines dort unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfalles entstanden sind, erstattet für:

1. Ambulante ärztliche und schmerzstillende zahnärztliche Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie Reparatur von Prothesen, Arznei-, Verband- und Heilmittel, Strahlendiagnostik, stationäre Krankenhausbehandlung einschließlich Operationen und medizinisch notwendigen Krankentransport zum nächsten Arzt oder Krankenhaus.

Wenn ein Versicherungsfall bereits vor Antritt der Auslandsreise eingetreten war, werden Aufwendungen auch insoweit erstattet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Ausland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr oder zur Beseitigung erheblicher Schmerzzustände erforderlich ist.

2. Medizinisch notwendigen Rücktransport an den ständigen Wohnsitz des Versicherten oder zu einem grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland. Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport, wenn er ärztlich angeordnet ist und die im Aufenthaltsland vorhandenen medizinischen

Einrichtungen nicht ausreichend sind und dadurch eine Gesundheitsschädigung des Versicherten zu befürchten ist.

3. Überführung bei Tod einer versicherten Person in die Bundesrepublik Deutschland.

4. Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistungen, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wären.

Die Versicherung gilt für jede Auslandsreise, die die versicherte Person innerhalb eines Versicherungsjahres unternimmt, und zwar jeweils bis zu einer Höchstreisedauer von 60 Tagen. Mit Ablauf des 60. Tages je Auslandsaufenthalt endet der Versicherungsschutz, auch für laufende Versicherungsfälle.

Ist die Rückreise bei Ende des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle längstens um 60 Tage.

Als Ausland gelten alle Länder, außer denjenigen, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in denen sie einen ständigen Wohnsitz hat. Bei mehrfacher Staatsangehörigkeit bzw. für Staatsangehörige der EU-Staaten besteht Versicherungsschutz auch in dem Staatsgebiet, dessen ausländische Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt, sofern diese ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat.

III. Tarifbedingungen

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind oder über eine gleichartige Absicherung verfügen.

Nach dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 152 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) versicherte Personen sind nicht versicherungsfähig.

2 Beitragsfestsetzung

Bei Abschluss oder Änderung der Versicherung - auch bei Beitragsanpassung - gilt als tarifliches Lebensalter der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr bei Abschluss, Änderung oder Bei-

tragsanpassung und dem Geburtsjahr. Im Übrigen ist § 8 a MB/KK 2009 anzuwenden.

Für Kinder und Jugendliche gilt als tarifliches Lebensalter das jeweils vollendete Lebensjahr. Nach Vollendung des nächsten Lebensjahres ist vom darauf folgenden Monatsersten an der Beitrag für das neue tarifliche Lebensalter zu zahlen. Nach Vollendung des 20. Lebensjahres wird vom folgenden Monatsersten an der niedrigste Erwachsenenbeitrag erhoben.

3 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge jährlich zugeschrieben. Die Zuschreibung erfolgt nach Maßgabe der Vor-

schriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

4 Ergänzungen zu den Musterbedingungen (MB/KK 2009)

4.1 Zu § 1 Abs. 4 MB/KK 2009: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 gilt der Versicherungsschutz auch außerhalb Europas ohne besondere Vereinbarung.

4.2 Zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009: Umfang der Leistungen bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland

Der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb Europas im tariflichen Umfang.

4.3 Zu § 2 Abs. 1 MB/KK 2009: Beginn des Versicherungsschutzes
Für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft wird ab Beginn des Versicherungsschutzes auch dann geleistet, wenn der Versicherungsfall schon vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist.

4.4 Zu § 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009: Wartezeitverzicht
Bei Versicherungsleistungen nach Abschnitt II. A. gelten die Bestimmungen des § 3 Abs. 1 bis 3 und 6 MB/KK 2009.
Bei Versicherungsleistungen nach Abschnitt II. B. verzichtet der Versicherer auf die Wartezeiten.

4.5 Zu § 4 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009: Medizinische Versorgungszentren

Der versicherten Person steht auch die Wahl unter approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) tätig sind, wenn die Abrechnung auf der Grundlage der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte erfolgt. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können auch von den in Satz 1 genannten behandelnden Ärzten und Zahnärzten verordnet werden.

4.6 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KK 2009: Einschränkung der Leistungspflicht

§ 5 Abs. 1 Buchst. c MB/KK 2009 gilt entsprechend für die Behandlung in medizinischen Versorgungszentren, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat.

4.7 Zu § 6 Abs. 1 MB/KK 2009: Nachweis der Aufwendungen

Die entstandenen Aufwendungen sind durch die Urschriften der Rechnungen nachzuweisen. Bei fremdsprachigen Rechnungen sind auf Verlangen amtlich beglaubigte Übersetzungen beizufügen. Alle Belege müssen enthalten: Namen und Anschrift des Behandlers, den Vor- und Zunamen und das Geburtsdatum der behandelten Person, Bezeichnung der behandelten Krankheiten, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und den Ziffern sowie - nur bei Rechnungen aus dem Inland - den Steigerungssätzen der angewendeten Gebührenordnung, Stempel und Unterschrift des Ausstellers.

Auf den Rezepten muss der Preis für die bezogenen Arzneimittel durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein. Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung tragen.

Bei Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

Beteiligt sich ein anderer Kostenträger an den Aufwendungen, sind Zweitschriften der Belege mit Leistungsvermerk erforderlich. Die Debeka ist dann nur für die verbleibenden Aufwendungen leistungspflichtig.

4.8 Zu §§ 8 Abs. 1 und 5, 13 Abs. 1 und 14 Abs. 2 MB/KK 2009: Begriff des Versicherungsjahres

Das Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses bleiben auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres ohne Einfluss.

4.9 Zu § 8 Abs. 7 MB/KK 2009: Mahnkosten
Die Mahnkosten betragen für jede angemahnte Monatsrate 0,50 EUR.

4.10 Zu § 8 b MB/KK 2009: Beitragsanpassung

Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, so werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Bei einer Abweichung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der KVAV für eine Beobachtungseinheit von mehr als 5 % kann der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen.

Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten nach den Vorschriften des VAG und der KVAV für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 %, hat der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit zu überprüfen und mit Zustimmung des Treuhänders anzupassen.

4.11 Zu § 14 Abs. 2 MB/KK 2009: Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

4.12 Zu § 15 Abs. 3 MB/KK 2009: Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes

Die Vertragsbestimmung gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins außereuropäische Ausland mit Ausnahme der in § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staaten.

5 Ende der Versicherung

Die Versicherung nach diesem Tarif endet - unbeschadet der §§ 13 - 15 MB/KK 2009 - mit Wegfall der in III. 1 bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.