

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

Tarif EA55plus mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. März 2020 -

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung 2009 (MB/KK 2009)

I. Beitrag (Monatsraten nach § 8 MB/KK 2009)

Der Beitrag beträgt 24,37 Euro.

Im Beitrag ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung nach § 1 Abs. 6, § 8 a Abs. 2 und § 13 Abs. 4 MB/KK 2009 enthalten.

Beitragsanpassungen richten sich nach § 8 b MB/KK 2009 in Verbindung mit Abschnitt III Nr. 2.11.

II. Versicherungsleistungen

**Aufwendungen für die Nummern 1 bis 5 werden mit den jeweiligen Erstattungsprozentsätzen bis zu den betragsmäßigen Leistungsbegrenzungen erstattet. Die betragsmäßigen Leistungsbe-
grenzungen gelten je versicherte Person und Kalenderjahr. Maßgebender Zeitpunkt ist das Datum der Behandlung oder des Bezugs von Arzneimitteln und Sehhilfen.**

Die tarifliche Erstattungsleistung ist zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Leistungen nach anderen Versicherungstarifen oder von sonstigen Leistungsträgern auf 100 % des Rechnungsbetrags begrenzt.

1 Zahnersatz, Implantate, Einlage- und Kompositfüllungen

Mit 50 % erstattet der Versicherer ausgehend vom Rechnungsbetrag Aufwendungen für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen für:

- Zahnersatz (Prothesen, Brücken, Kronen sowie Veneers, Suprakonstruktionen) auch aus Keramik
- Implantate (einschließlich Implantatteile, knochenaufbauende Maßnahmen und Knochenersatzmaterial)
- Kunststofffüllungen (Kompositfüllungen mittels Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik)
- Einlagefüllungen (Inlays, Onlays) auch aus Keramik sowie Reparaturen und Provisorien.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Leistungen, die den Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) in den jeweils gültigen Fassungen entsprechen.

Von den Gebührenordnungen abweichende Vergütungen (zum Beispiel, wenn Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütungen fehlen) und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen erstattet der Versicherer nicht.

2 Sehhilfen

Der Versicherer erstattet mit 70 % ausgehend vom Rechnungsbetrag Aufwendungen für Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen einschließlich Reparaturen bis zu insgesamt 130 Euro je Kalenderjahr.

3 Vom Arzt verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Der Versicherer erstattet mit 70 % ausgehend vom Rechnungsbetrag Aufwendungen für vom Arzt verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel bis zu insgesamt 130 Euro je Kalenderjahr. Voraussetzung ist, dass die gesetzliche Krankenversicherung nach ihren Richtlinien hierfür keine Leistung vorsieht.

4 Zuzahlungen

Der Versicherer erstattet mit 100 %, maximal 40 Euro je Kalenderjahr, Zuzahlungen nach § 61 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V).

5 Fahrten und Transporte

Der Versicherer erstattet mit 100 % bis 130 Euro je Kalenderjahr Aufwendungen für Fahrten und Transporte bei ambulanter Heilbehandlung zum und vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Gehunfähigkeit.

6 Assistance-Leistungen

Im Rahmen der nach diesem Tarif vereinbarten Leistungen steht ein Service-Angebot in Form eines gebührenfreien Gesundheitstelefon zur Verfügung. Umfasst sind Auskünfte zu

- Vermittlung von geeigneten Zahnärzten,
- Terminvereinbarungen,
- Informationen über Arzneimittel sowie
- Erläuterungen zu Diagnosen und Therapieformen.

Das gebührenfreie Gesundheitstelefon ist unter der Telefonnummer

(08 00) 7 23 71 07

zu erreichen.

III. Tarifbedingungen

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen ab Vollendung des 55. Lebensjahres, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind oder über eine gleichartige Absicherung eines deutschen Leistungsträgers verfügen.

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

2 Ergänzungen zu den Musterbedingungen (MB/KK 2009)

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

Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht der Versicherungsschutz auch während der gesamten Dauer eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung.

2.2 Zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009: Umfang der Leistungen bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland

Der Versicherer leistet bei Verlegung des Wohnsitzes innerhalb Europas im tariflichen Umfang, solange die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit weiterhin erfüllt sind.

2.3 Zu § 3 Abs. 3 MB/KK 2009: Wartezeiten

Bei unfallbedingten Aufwendungen nach Abschnitt II Nr. 1 entfallen die besonderen Wartezeiten.

2.4 Zu § 4 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009: Ambulante Heilbehandlung in medizinischen Versorgungszentren

Der versicherten Person steht auch die Wahl unter approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 SGB V) tätig sind, wenn auf der Grundlage der jeweils gültigen GOÄ beziehungsweise GOZ abgerechnet wird. Arznei- und Hilfsmittel können auch von den in Satz 1 genannten behandelnden Ärzten und Zahnärzten verordnet werden.

2.5 Zu § 4 Abs. 3 MB/KK 2009: Arzneimittel

Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden.

Als Arzneimittel gelten nicht Geheimmittel (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekannt gegeben wird), Nähr-, Stärkungs- und Entfettungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze.

2.6 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. a MB/KK 2009: Kriegsereignisse

Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. a MB/KK 2009 leistet der Versicherer für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht sind. Die Einschränkung der Leistungspflicht für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind, bleibt hiervon unberührt.

Aufwendungen, die durch Terrorakte, innere Unruhen oder kriegerische Handlungen verursacht sind, werden im tariflichen Umfang erstattet.

2.7 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.

2.8 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. e MB/KK 2009: Ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort

Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. e MB/KK 2009 leistet

der Versicherer für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort.

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

Die entstandenen Aufwendungen sind durch die Originalrechnungen nachzuweisen. Bei fremdsprachigen Rechnungen sind auf Verlangen amtlich beglaubigte Übersetzungen beizufügen. Alle Belege müssen enthalten: Namen und Anschrift des Leistungserbringers, 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 und – außer bei Kauf im Ausland – die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels angegeben sein.

Bei Aufwendungen nach Abschnitt II Nr. 1 müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung enthalten. Die besonders berechneten zahntechnischen Leistungen müssen aus den Belegen ersichtlich sein.

Als Nachweis für Zuzahlungen reicht eine Quittung des Leistungserbringers über die Zuzahlung aus.

Beteiligt sich ein anderer Leistungsträger an den Aufwendungen, sind Zweitschriften der Belege mit Leistungsvermerk erforderlich. Der Versicherer ist nur für die verbleibenden Aufwendungen leistungspflichtig.

2.10 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.

2.11 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 (KVA) für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, so überprüft der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit und passt sie, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders an. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % kann der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen.

Bei der Berechnung der Beiträge wird die vom Bundesministerium der Finanzen nach § 160 VAG erlassene KVAV sinngemäß angewandt. Hierbei wird berücksichtigt, dass dieser Tarif nicht nach Art der Lebensversicherung, das heißt ohne Altersrückstellung, kalkuliert ist.

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

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

2.13 Zu § 15 Abs. 3 MB/KK 2009: Verlegung des Wohnsitzes

Die Vertragsbestimmung nach § 15 Abs. 3 MB/KK 2009 gilt bei Verlegung des Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland mit Ausnahme der in § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staaten.

3 Ende der Versicherung

Unabhängig von den Regelungen in den §§ 13 bis 15 MB/KK 2009 endet die Versicherung mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit.