

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

Tarif EApus mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. Januar 2017 -

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

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

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

II. Versicherungsleistungen

Aufwendungen für die Nummern 1 bis 8 werden nach Anrechnung etwaiger Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Leistungen nach anderen Versicherungstarifen oder von sonstigen Leistungsträgern mit 90 % erstattet. Die hierdurch entstehende Selbstbeteiligung von 10 % der erstattungsfähigen Aufwendungen bleibt auf 400 Euro beschränkt. Darüber hinaus werden die Aufwendungen mit 100 % erstattet. Die Selbstbeteiligung und die Erhöhung des Erstattungssatzes gelten je versicherte Person und Kalenderjahr. Maßgebender Zeitpunkt ist das Datum der Behandlung oder des Bezugs von Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln.

Die maximale Selbstbeteiligung von 400 Euro wird unter den Voraussetzungen nach Abschnitt III Nr. 4.11 angepasst, sobald Beitragsanpassungen in Kraft treten.

Sehen die gesetzliche Krankenversicherung, andere Versicherungstarife oder sonstige Leistungsträger Leistungen vor, so sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. Nimmt die versicherte Person diese vorrangigen Leistungen nicht in Anspruch, rechnet der Versicherer sie dennoch an und erstattet nur darüber hinausgehende Aufwendungen.

1 Ambulante Heilbehandlung durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ und/oder „Akupunktur“ und/oder „Homöopathie“

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die auf die Bereiche „Naturheilverfahren“, „Akupunktur“ und „Homöopathie“ entfallen.

2 Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker einschließlich Akupunktur und Homöopathie

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen, die dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Vergütungen, die die Sätze des GebüH überschreiten, erstattet der Versicherer nicht.

3 Sehhilfen

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen einschließlich Reparaturen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000 Euro.

4 Hilfsmittel (außer Sehhilfen nach Nummer 3)

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Hilfsmittel, soweit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ausgeschlossen sind. Für Hörgeräte sind Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.500 Euro erstattungsfähig.

5 Heilmittel

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Heilmittel (Heilbäder, Packungen, Kammern, Inhalationen, Massagen, Wärme- und Lichtbehandlungen, sonstige physikalische Therapie sowie Sprachheilbehandlung). Heilmittel müssen von einem Arzt im Sinne von Nummer 1 oder Heilpraktiker verordnet und von einem staatlich geprüften Angehörigen eines Gesundheitsberufes beziehungsweise Heilhilfsberufes angewandt werden.

6 Fahrten und Transporte

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Fahrten und Transporte bei ambulanter Heilbehandlung zum und vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Gehunfähigkeit.

7 Arznei- und Verbandmittel (einschließlich eventueller Zuzahlungen)

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel einschließlich eventueller Zuzahlungen.

8 Gezielte Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen - jedoch keine individuellen Gesundheitsleistungen („IGeL“) - unabhängig von Altersgrenzen.

Anmerkung zu den Nummern 1 und 8

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Von der GOÄ abweichende Vergütungen (zum Beispiel, wenn Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütungen fehlen) und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen erstattet der Versicherer nicht.

III. Tarifbedingungen

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, 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 Tarifliches Lebensalter bei der Beitragsfestsetzung

2.1 Bei Versicherungsbeginn oder Änderung der Versicherung - auch bei einer Beitragsanpassung - gilt als tarifliches Lebensalter der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr bei Versicherungsbeginn, Änderung oder Beitragsanpassung und dem Geburtsjahr. Im Übrigen ist § 8 a MB/KK 2009 anzuwenden.

2.2 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 ist vom folgenden Monatsersten an der dann gültige niedrigste Erwachsenenbeitrag zu zahlen.

3 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter schreibt der Versicherer der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge jährlich zu. Die Zuschreibung wird nach den Vorschriften des VAG vorgenommen 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 besteht der Versicherungsschutz auch während der gesamten Dauer eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung.

4.2 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.

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

4.4 Zu § 4 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009: Ambulante Heilbehandlung in medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern
Der versicherten Person steht auch die Wahl unter approbierten Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ und/oder „Akupunktur“ und/oder „Homöopathie“ frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) oder Krankenhaus tätig sind, wenn auf der Grundlage der jeweils gültigen GOÄ abgerechnet wird. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können auch von den in Satz 1 genannten behandelnden Ärzten verordnet werden.

4.5 Zu § 4 Abs. 3 MB/KK 2009: Arzneimittel
Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, 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.

4.6 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.

4.7 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.

4.8 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.

4.9 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 vorzulegen. 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 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 und - außer bei Kauf im Ausland - die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels angegeben sein.

Als Nachweis für Zuzahlungen für Arznei- und Verbandmittel 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.

4.10 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.

4.11 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 (KVAV) 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.

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.

Die maximale Selbstbeteiligung nach Abschnitt II Nr. 1 bis 8 wird bei einer Beitragsanpassung entsprechend der Entwicklung des Verbraucherpreisindex für Deutschland (Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes) angepasst. Dabei wird die Veränderung des Verbraucherpreisindex seit der Einführung des Tarifs beziehungsweise seit der letzten Änderung der maximalen Selbstbeteiligung zugrunde gelegt. Diese wird auf volle 100 Euro abgerundet.

- 4.12 Zu § 14 Abs. 2 MB/KK 2009: Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht
Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

- 4.13 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.

5 Ende der Versicherung

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