

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

ERGÄNZUNGSTARIF AZT

FÜR GKV-VERSICHERTE

KRANKHEITSKOSTENVERSICHERUNG

Die AVB umfassen diesen Tarif sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2009 - MB/KK 2009 - des Verbandes der privaten Krankenversicherung und die Tarifbedingungen der DKV.

L e i s t u n g e n d e r D K V

1. Sehhilfen

1.1 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

- Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen), und zwar nach Vollendung des 14. Lebensjahres nur bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

1.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden je Sehhilfe zu 80 % ersetzt, höchstens jedoch**
bis zum vollendeten 14. Lebensjahr 65 EUR,
ab dem vollendeten 14. Lebensjahr 130 EUR.

Die Regelung in Nr. 1 ersetzt § 4 Abs. 3.3 AVB.

2. Hörgeräte

2.1 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

- Hörgeräte.

2.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden je Hörgerät zu 80 % ersetzt, höchstens jedoch 600 EUR.**

3. Ärztlich verordnete Arzneimittel

3.1 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

- Ärztlich verordnete Arzneimittel.

3.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 80 % ersetzt, höchstens jedoch 300 EUR je Kalenderjahr.**

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Arzneimittel bezogen worden sind. Es ist die Urschrift bzw. eine Kopie der Verordnung mit dem Quittungsvermerk der Apotheke vorzulegen.

4. **Ambulante Behandlung durch Ärzte oder Heilpraktiker nach Methoden der Alternativmedizin**

4.1 **Erstattungsfähig** sind - unabhängig von der Regelung in § 4 Abs. 6 AVB - Aufwendungen für:

- Leistungen des Arztes oder Heilpraktikers nach dem jeweils gültigen Hufelandverzeichnis bzw. des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH),
soweit bei einer Behandlung durch Ärzte die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze¹ der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen bzw. bei der Behandlung durch Heilpraktiker das Honorar im Rahmen der Beträge des GebüH liegt und die Regelhöchstsätze² der GOÄ nicht überschreitet.
- Vom Arzt oder Heilpraktiker im Zusammenhang mit einer solchen Behandlung verordnete Arznei- und Heilmittel; vom Arzt verordnete Arzneimittel sind aus Nr. 4 nur erstattungsfähig, wenn keine Erstattungsfähigkeit nach Nr. 3 besteht.

4.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 4.1 ergeben, werden zu 80 % ersetzt, höchstens jedoch 500 EUR je Kalenderjahr.**

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Arzt oder Heilpraktiker in Anspruch genommen, die Arznei- und Heilmittel bezogen worden sind. Es ist die Urschrift bzw. eine Kopie der Verordnung mit dem Quittungsvermerk der Apotheke vorzulegen.

5. **Zahnärztliche Heilbehandlung, Früherkennung**

5.1 **Erstattungsfähig** sind Aufwendungen für:

- Zahnärztliche Leistungen
einschließlich
 - gezielter Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
 - Individual-Prophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR),
 - Einlagefüllungen, Zahnkronen,
 - Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Prothesen) mit vorbereitenden Maßnahmen,
 - funktionsanalytische, funktionstherapeutische, implantologische und parodontologische Leistungen,
 - Kieferorthopädie mit vorbereitenden Maßnahmen,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte bzw. Ärzte liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

- Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,
soweit die dafür in Rechnung gestellten Beträge im Rahmen der in Deutschland üblichen³ Preise berechnet sind und bei zahnärztlichen Leistungen anfallen, für die Aufwendungen nach Nr. 5.1 erstattungsfähig sind.

5.2 **Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 5.1 ergeben, werden zu 50 % ersetzt (siehe auch Nr. 5.3).**

Beteiligt sich die GKV⁴ und/oder ein privater Krankenversicherer an den Kosten (siehe auch Nr. 8), ist die DKV aus Tarif AZT nur für die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen leistungspflichtig.

5.3 Heil- und Kostenplan

Der DKV ist vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit vollständiger Befundangabe vorzulegen, wenn die voraussichtlichen Gesamtkosten 2 500 EUR übersteigen. Die DKV prüft den Heil- und Kostenplan und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

Wird vor Erhalt dieser Auskunft mit der Behandlung begonnen, so wird der 2 500 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen abweichend von dem Prozentsatz in Nr. 5.2 zu 25 % ersetzt.

¹ Das sind der 2,3fache Satz der GOÄ, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8fache Satz, bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ der 1,15fache Satz. Eine Kurzfassung der GOÄ erhalten Sie kostenlos auf Anforderung.

² siehe Fußnote 1

³ Sind zwischen den Innungsverbänden der Zahntechniker und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

⁴ GKV = gesetzliche Krankenversicherung

6. Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Die DKV zahlt ohne Kostennachweis und ohne Anrechnung von Leistungen der GKV

bei ambulanter Kurbehandlung unter ärztlicher Leitung im Heilbad oder Kurort
oder

bei stationärer Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung in ärztlich geleiteten Sanatorien, Kurkliniken oder Krankenanstalten nach § 4 Abs. 5 AVB

für insgesamt 30 Tage ein Tagegeld von je 20 EUR.

Weitere Leistungsvoraussetzungen:

Der Versicherungsnehmer weist die Kur- oder Sanatoriumsbehandlung durch geeignete Unterlagen nach. Ein erneuter Leistungsanspruch besteht, wenn der Beginn der letzten Kur- oder Sanatoriumsbehandlung mindestens 24 Monate zurückliegt.

Leistungen des Versicherungsnehmers

7. Monatliche Beitragsraten

- 7.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
- 7.2 Die Berechnung des Eintrittsalters richtet sich nach § 8 Abs. 2.1 AVB.
- 7.3 Für die versicherte Person, die das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag des nächsthöheren Alters zu zahlen.

Sonstiges

8. Nachweise

Soweit sich die GKV an den Kosten beteiligt, ist der DKV jeweils eine Kopie der spezifizierten Gesamtrechnung mit dem Erstattungsvermerk der Krankenkasse vorzulegen.

9. Anpassung des Versicherungsschutzes

- 9.1 Im Tarif AZT genannte betragliche Leistungsgrenzen können bei einer Beitragsanpassung (§ 8 b AVB) mit Zustimmung des Treuhänders der Kostenentwicklung angepasst werden.
- 9.2 Die DKV kann Aufbaustufen einführen, wenn in der GKV Leistungseinschränkungen vorgenommen werden. Hat die DKV eine solche Entscheidung getroffen, kann innerhalb von zwei Monaten nach Bekanntgabe der Einführung zum Ersten des folgenden Monats - jedoch nicht vor dem Wirksamwerden der Leistungseinschränkung in der GKV - die neue Aufbaustufe beantragt werden. Anspruch auf die zusätzlichen Tarifleistungen besteht dann ohne erneute Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten.

10. Versicherungsfähigkeit / Versicherungsende

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen GKV versichert sind.

Die Versicherung nach Tarif AZT endet, wenn die Versicherungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist. Den Eintritt des Beendigungsgrundes teilt der Versicherungsnehmer der DKV innerhalb von zwei Monaten schriftlich mit.

11. Fortführung der Versicherung

Nach Eintritt des Beendigungsgrundes haben die versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten das Recht, ihre Versicherung - sofern die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind - in anderen geöffneten Krankheitskostentarifen fortzuführen. Dies kann auch in Form einer befristeten Anwartschaftsversicherung erfolgen. Wird der Versicherungsschutz nicht erhöht oder erweitert, erfolgt die Umstellung ohne erneute Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten.