

Allgemeine
Versicherungsbedingungen (AVB)
Teil III

**VollMed Tarif M4
Tarifvariante BR3**

KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I: Musterbedingungen (MB/KK 2009) und Teil II: Tarifbedingungen (in einem gesonderten Druckstück B 248).

Tarifvarianten des VollMed Tarifs M4

Der VollMed Tarif M4 umfasst die Tarifvarianten BR0, BR1, BR2, BR3 und BR4, die unterschiedliche Selbstbeteiligungen im ambulanten und zahnärztlichen Bereich vorsehen. Darüber hinaus ist bei Leistungsfreiheit je nach Tarifvariante eine Beitragsrückerstattung garantiert. Für Versicherte nach dem VollMed Tarif M4 besteht das Recht, jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine andere Tarifvariante zu wechseln.

Aufenthalt im außereuropäischen Ausland

Ergänzend zu II § 1 Abs. 4 AVB besteht auch im außereuropäischen Ausland zeitlich unbegrenzt Versicherungsschutz, sofern der Versicherungsnehmer über einen ständigen Wohnsitz in Deutschland verfügt und vor Reiseantritt jeweils den beabsichtigten Aufenthalt anzeigt. Übersteigt die voraussichtliche Dauer des außereuropäischen Auslandsaufenthaltes 2 Monate, ist der Versicherer berechtigt, Beitragszuschläge zu verlangen.

Mitversicherung eines Neugeborenen

Die Mitversicherung eines Neugeborenen ist unter den Voraussetzungen des Teil I § 2 Abs. 2 AVB möglich.

Zu I § 8b Abs. 1 AVB (Beitragsanpassung)

Die in I § 8b Abs. 1 der AVB genannte Gegenüberstellung wird grundsätzlich für alle Tarifvarianten gemeinsam jeweils für Männer und Frauen durchgeführt. Falls hierbei signifikante Unterschiede in den einzelnen Tarifvarianten festzustellen sind, wird der Vergleich für jede Tarifvariante einzeln durchgeführt. Ergibt sich für wenigstens eine dieser Gegenüberstellungen eine Abweichung von 10 %, so werden vom Versicherer alle Beiträge überprüft und, soweit erforderlich, mit der Zustimmung des Treuhänders angepasst. Sofern die Abweichung wenigstens einer der Gegenüberstellungen mehr als 5 % beträgt, können alle Beiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit der Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

Im Zusammenhang mit einer Anpassung betragsmäßig festgelegter Selbstbeteiligungen kann in Ergänzung zu I § 8b Abs. 1 AVB eine betragsmäßig festgelegte garantierte Beitragsrückerstattung mit Zustimmung des Treuhänders ebenfalls angepasst werden.

Versicherungsleistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für aufgeführte Leistungen, die im Rahmen der Höchstsätze der jeweiligen dafür geltenden amtlichen Gebührenordnung liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Hierunter fallen u. a. die GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) und die GOZ (Gebührenordnung für Zahnärzte) mit den dazugehörigen Höchstsätzen, dem 3,5fachen Satz für persönliche und dem 2,5fachen Satz für so genannte medizinisch-technische Leistungen.

Über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnungen liegende Aufwendungen sind erstattungsfähig, wenn sie deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen und durch Krankheit und Befund medizinisch hinreichend begründet sind.

Unangemessen hohe Forderungen der Leistungserbringer können auf eine angemessene Höhe gekürzt werden (vgl. § 5 Abs. 2 AVB). Es wird daher empfohlen, vor der Unterzeichnung einer gesonderten Vereinbarung, den Versicherer zu Rate zu ziehen.

Aufwendungen für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien sind erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der in Deutschland ortsüblichen Preise berechnet sind.

Selbstbehalt

Die Leistungen unter den Punkten 2 bis 3 unterliegen insgesamt einem Selbstbehalt von 330,00 EUR pro Jahr, bis zum 16. Lebensjahr 165,00 EUR pro Jahr. Nach Vollendung des 15. Lebensjahres gilt ab dem folgenden Kalenderjahr der höhere Selbstbehalt. Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduziert sich der Selbstbehalt für jeden vor dem Versicherungsbeginn liegenden Monat des betreffenden Kalenderjahres um ein Zwölftel. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich der Selbstbehalt nicht.

1. Medizinische Informationen und Beratungen bei ambulanter, zahnärztlicher und stationärer Heilbehandlung, 24-Stunden-Notruf-Service bei Auslandsreisen

1.1 Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen umfangreiche Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefon, die Sie in Anspruch nehmen können.

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen
- geplanten Krankenhausaufenthalten (auch zu unseren Kooperationspartnern)

wir nennen Ihnen

- Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken

wir senden Ihnen

- Behandlungsleitlinien und Informationsmaterial für bestimmte Erkrankungen

außerdem bieten wir Ihnen

- Terminvereinbarungen mit Behandlern
- die Vermittlung von Operationsplätzen und -terminen
- zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen
 - die Einschaltung von Spezialisten
 - die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung
- individuelle "Patientenbegleitung" durch die Organisation einer optimalen medizinischen Fallsteuerung (auch über Ärztenetzwerke).

1.2 Bei Auslandsreisen steht Ihnen der 24-Stunden-Notruf-Service mit folgenden Leistungen zur Verfügung:

- Vermittlung und Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern
- ärztliche Betreuung, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, Benachrichtigung von Angehörigen
- Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen
- Organisation von Transporten/Verlegung zum nächsterreichbaren Arzt/Krankenhaus
- Organisation von Auslandsrücktransporten
- Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Heimatwohnsitz.

2. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Aufwendungen für:

- Ambulante Behandlung und Untersuchungen einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen durch Ärzte zu 100 %
- Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus nach einem Unfall oder im Notfall zu 100 %
- Leistungen des Heilpraktikers zu 100 %
Erstattungsfähig sind Aufwendungen, sofern sie nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) berechnet sind.

- **Arznei- und Verbandmittel**

Als Arzneimittel gelten allopathische und homöopathische Medikamente. Aufwendungen für ärztlich verordnete Sondernahrung ersetzen wir, sofern wegen einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Sonstige Nahrungsmittel und Stärkungspräparate sowie Badezusätze, Weine, Mineralwässer, Desinfektionsmittel, kosmetische Präparate und Ähnliches gelten, auch wenn sie vom Behandler verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, nicht als Arzneimittel.

zu 100 %
- **Heilmittel**

Als Heilmittel gelten die zur Beseitigung und Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden ärztlich verordneten Anwendungen und Behandlungen:
Bäder, Massagen, Packungen, Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Elektrotherapie, Lichttherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen.

Außerdem

 - ergotherapeutische Leistungen, wenn sie vom Ergotherapeuten ausgeführt worden sind,
 - osteopathische Leistungen, wenn sie vom Arzt oder Masseur, Masseur und medizinischen Bademeister, Krankengymnasten oder Physiotherapeuten ausgeführt worden sind,
 - podologische Leistungen, wenn sie vom Podologen bzw. medizinischen Fußpfleger ausgeführt worden sind, und
 - ernährungstherapeutische Maßnahmen bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen, wenn sie von einem Diätassistenten, Oecotrophologen oder einem Ernährungswissenschaftler ausgeführt worden sind und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Leistungszusage gegeben hat. Eine solche Zusage ist nicht erforderlich bei der Erkrankung Mukoviszidose/zystische Fibrose.

Die aufgeführten Leistungen können auch von anderen Angehörigen der dafür staatlich anerkannten therapeutischen Berufe ausgeführt werden.

zu 100 %
- **Hilfsmittel**

Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen):

Die Aufwendungen für Neuanschaffung von Sehhilfen und Kontaktlinsenpflegemitteln sowie Reparaturen sind bis zu den nachfolgend genannten Höchstbeträgen innerhalb von 24 Monaten erstattungsfähig:

Neuanschaffung von Sehhilfen und Kontaktlinsenpflegemitteln:

Reparatur von Sehhilfen:

Bei der Ermittlung der maximalen Erstattungshöhe werden ausgehend vom Bezugsdatum des betreffenden Hilfsmittels jeweils alle Erstattungen der letzten 24 Monate berücksichtigt, d.h. die individuelle Erstattungshöhe hängt jeweils von den Erstattungen der letzten 24 Monate ab.

Sonstige Hilfsmittel in mittlerer Art und Güte

 - Bandagen, Bruchbänder, Leibbinden, Gummistrümpfe, Schuheinlagen und orthopädische Schuhe, sowie Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Herzschrittmacher, Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate und Krankenfahrstühle.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für technische Mittel/Geräte oder Körperersatzstücke, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen und ärztlich verordnet sind.

 - Nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer sind alle nicht aufgeführten Hilfsmittel erstattungsfähig, wenn sie aus medizinischer Sicht notwendig sind, maßgeblich zur Genesung/Linderung beitragen und ärztlich verordnet sind. Der Versicherer prüft im Interesse des Versicherten neben dem Preis-/Leistungsverhältnis des betreffenden Hilfsmittels auch, ob alternative Hilfsmittel aus medizinischer Sicht zu bevorzugen sind.

Hierbei werden die individuelle Situation des Patienten, die Auffassung des behandelnden Arztes als auch ggf. vorhandene aktuelle medizinische Gutachten berücksichtigt.

Bitte setzen Sie sich mit uns in Verbindung. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer).

zu 100 %

bis 310,00 EUR

bis 105,00 EUR

zu 100 %
- **Ambulante Psychotherapie**

Erstattungsfähig sind bis zu 50 Sitzungen pro Kalenderjahr.

zu 80 %
- **Ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort**

 - Während einer ärztlich angeordneten Kur sind ärztliche Heilbehandlung sowie ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel erstattungsfähig.
 - Heil- und Hilfsmittel sind erstattungsfähig, wenn sie vor Kurbeginn ärztlich verordnet wurden.

zu 100 %

- Häusliche Krankenpflege (ausgenommen Krankenhausersatz- und Sicherungspflege, diese sind unter Nr. 4 Punkt 8 geregelt) zu 100 %

Erstattungsfähig sind bei Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung maximal die Beträge, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

Wir ersetzen Aufwendungen für häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn eine ambulante Palliativversorgung erforderlich ist. Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Behandlungspflege, Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

Zudem ersetzen wir in folgenden Fällen Aufwendungen für die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (Unterstützungspflege):

 - Wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit,
 - nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt,
 - nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung.

Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt.

- Haushaltshilfe zu 100 %

Erstattungsfähig sind maximal 15 Euro pro Stunde und 90 Euro pro Tag.

Wir ersetzen Aufwendungen für ärztlich verordnete Haushaltshilfe. Dies setzt voraus, dass der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes aus folgenden Gründen nicht möglich ist:

 - Wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit,
 - nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt,
 - nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung.

Außerdem kann keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen.

Der Anspruch für die Haushaltshilfe besteht längstens für vier Wochen. Weitere Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt. Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn im Haushalt ein Kind lebt. Dieses hat bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist behindert und auf Hilfe angewiesen. Zudem verlängert sich in diesen Fällen der Anspruch auf Haushaltshilfe auf längstens 26 Wochen.

Führen Verwandte und Verschwägerter bis zum zweiten Grad die Hilfe durch, gilt: Wir ersetzen die erforderlichen Fahrkosten (0,22 Euro pro Km) und einen etwaigen Verdienstausschluss ebenfalls insgesamt bis zu 15 Euro pro Stunde und 90 Euro pro Tag.

- Kurzzeitpflege zu 100 %

Erstattungsfähig ist maximal der nach § 42 Abs. 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegte Höchstbetrag¹.

Wir ersetzen bei Kurzzeitpflege nur die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und medizinische Behandlungspflege.

Für den Leistungsanspruch müssen folgende Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sein:

 - Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form der Unterstützungspflege nach Nr. 2 Punkt 9 reichen bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung nicht aus, um ein Verbleiben in der Häuslichkeit zu ermöglichen.
 - Die Kurzzeitpflege muss ärztlich verordnet sein.
 - Die Kurzzeitpflege muss in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden.
 - Es liegt keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vor.

Ein Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf 8 Wochen je Kalenderjahr begrenzt.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für die Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten.

- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung zu 100 %

Erstattungsfähig sind maximal die Beträge, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

¹ Höchstbetrag 1.612 Euro (Stand: 1. Oktober 2021)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Anspruchsberechtigt sind versicherte Personen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung. Gleichzeitig muss die Lebenserwartung begrenzt sein. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung kann auch in stationären Pflegeeinrichtungen oder einer vergleichbaren geeigneten Einrichtung erbracht werden.

3. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Behandlung

Erstattungsfähig sind im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Aufwendungen für:

- Zahnbehandlung zu 100 %
Zahnbehandlung sind die allgemeinen zahnärztlichen Leistungen, konservierende (insbesondere Inlays und Onlays) und chirurgische Leistungen, soweit sie nicht im Zusammenhang mit Zahnersatz erbracht werden, inkl. der Behandlungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums sowie Röntgenuntersuchungen.
- Zahnersatz einschließlich der damit in Zusammenhang stehenden zahnärztlichen Behandlung zu 80 %
Zahnersatz sind die prothetischen und implantologischen Leistungen einschließlich Kronen, Eingliederungen von Aufbisshilfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten.
- Kieferorthopädische Maßnahmen ausschließlich für Personen, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder als unfallbedingte medizinisch notwendige Leistung zu 80 %
Sie wird zu 100 % erstattet, indem die getragene Selbstbeteiligung von 20 % der Aufwendungen nach erstattet wird, wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang vollständig abgeschlossen ist und der erfolgreiche Behandlungsabschluss durch ein zahnärztliches Zeugnis nachgewiesen wird.

Übersteigt der voraussichtliche Rechnungsbetrag für die unter Nr. 3 aufgeführten Leistungen 1.000,00 EUR, so empfehlen wir, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes sowie einen Kostenvoranschlag über zahntechnische Laborarbeiten und Materialien vorzulegen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

Die folgenden Leistungen (Punkt 4. - 7.) fallen nicht unter den tariflichen Selbstbehalt:

4. Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Aufwendungen für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen zu 100 %
Allgemeine Krankenhausleistungen sind der allgemeine Pflegesatz, die besonderen Pflegesätze und die Sonderentgelte. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten auch gesondert berechnete Leistungen des Belegarztes, ferner gesondert berechnete Leistungen einer Beleghebamme bzw. eines Belegentbindungshelfers.
Für Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und für Entbindung im Krankenhaus oder im Entbindungsheim werden die für Krankheiten vorgesehenen Leistungen erbracht.
- Ambulante Entbindung zu 100 %
Bei Hausentbindungen und ambulanten Entbindungen erstattet der Versicherer die Kosten der ärztlichen Behandlung, der Hebamme und des Entbindungshelfers. Darüber hinaus wird eine Pauschale von 500,00 EUR gezahlt.
- Wahlärztliche Leistungen, gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung zu 100 %
- Gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer einschließlich der Kosten für die Bereitstellung eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung zu 100 %
- Werden im Rahmen einer vollstationären Behandlung folgende tarifliche Leistungen nicht in Anspruch genommen, zahlt der Versicherer pro Tag ein Krankenhaustagegeld in der dafür angegebenen Höhe. Hierbei zählen der Einlieferungs- und der Entlassungstag jeweils als ein Tag.
 - Verzicht auf die Unterbringung im Einbettzimmer 20,00 EUR
 - Verzicht auf die Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer 40,00 EUR
 - Verzicht auf wahlärztliche Leistungen für die gesamte Dauer der vollstationären Behandlung 40,00 EUR

- Ambulante Operationen, die stationäre vollständig ersetzen zu 100 %
- Medizinisch notwendige Transporte zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung erforderlichen Krankenhaus zu 100 %
- Häusliche Behandlungspflege, die nicht Gegenstand der privaten Pflegepflichtversicherung ist, als Ersatz für eine medizinisch notwendige Krankenhausbehandlung durch ausgebildete Pflegekräfte zu 100 %
 Die häusliche Behandlungspflege umfasst ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen (z.B. Injektionen, Verbände, Blutdruckmessung), die
 - auf Heilung, Besserung, Linderung (Krankenhausersatzpflege) oder
 - auf Verhütung der Verschlimmerung einer Krankheit (Sicherungspflege) ausgerichtet sind.
 Während einer häuslichen Behandlungspflege werden zusätzlich die ortsüblichen Kosten für die ärztlich angeordnete Grundpflege und die notwendige hauswirtschaftliche Versorgung durch geeignetes Personal erstattet, falls diese nicht durch eine im Haushalt der versicherten Person lebende Person im erforderlichen Umfang gewährleistet werden kann.
 Die Leistungen für Unterstützungspflege und Palliativversorgung als Teile der häuslichen Krankenpflege sind unter Nr. 2 Punkt 9 geregelt.
- Medizinisch notwendige vollstationäre Psychotherapie nach vorheriger Zustimmung durch den Versicherer zu 100 %

5. Rücktransport, Überführung oder Beisetzung

Erstattungsfähig sind im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen Aufwendungen für:

- Medizinisch notwendigen Rücktransport zu 100 %
 Ein ärztlich angeordneter, aus medizinischen Gründen erforderlicher Rücktransport aus dem Ausland liegt vor, wenn für die Rückreise aus Krankheitsgründen die Benutzung einer besonderen Krankentransporteinrichtung (z.B. Krankenwagen, Krankenliege im Flugzeug) notwendig und 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 voraussichtlich drei Wochen übersteigt.
- Überführung aus dem Ausland zu 100 %
 für Aufwendungen, die durch die Überführung nach dem Tode einer versicherten Person aus dem Ausland zum ständigen Wohnsitz vor Beginn der Reise entstehen.
- Beisetzung im Ausland zu 100 %
 für Aufwendungen, die durch die Beisetzung einer versicherten Person im Ausland entstehen, bis zu der Höhe, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wären.

6. Vorsorge

- Gezielte Vorsorgeuntersuchungen zu 100 %
 Erstattungsfähig sind alle nach gesetzlichen Programmen eingeführte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten insbesondere von Krebs.
 Der Versicherer stellt auf Anfrage ein Merkblatt mit aktuellen Detailinformationen zur Verfügung.
- Zahnvorsorge zu 100 %
 Erstattungsfähig sind gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, zahnärztliche Prophylaxeleistungen einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR) sowie die Entfernung von Zahnbelägen (Zahnstein).
- Schutzimpfungen zu 100 %
 Erstattungsfähig sind Schutzimpfungen einschließlich Impfstoffe, die in Deutschland vom Gesetzgeber oder bei Auslandsreisen ergänzend zu den nicht erstattungsfähigen Pflichtimpfungen (Einreise) von der Weltgesundheitsorganisation empfohlen sind.

7. Schwangerschaft und Entbindung

Erstattungsfähig sind im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (vgl. I § 2 Abs. 1 AVB, d.h. kein Anspruch bei bereits bestehender Schwangerschaft zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns nach diesem Tarif) Aufwendungen für:

- Schwangerschaftsbedingte Untersuchungen durch Ärzte zu 100 %
- Übergangsgeld bei Geburt eines Kindes

Hat die Versicherte nachweislich ihre Erwerbstätigkeit (ausgenommen geringfügige Beschäftigungsverhältnisse/selbstständige Tätigkeiten gemäß § 8 SGB IV) wegen der Geburt ihres Kindes für mindestens 3 Monate aufgegeben, so wird eine Pauschale von 2.000,00 EUR als Übergangsgeld für die Zeit, in der die Erwerbstätigkeit nicht ausgeübt werden kann, gezahlt.

8. Garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit aus den Leistungsbereichen 2. und 3.

Unter der Voraussetzung, dass

- der Versicherungsvertrag nach diesem Tarif zum 31.12. des betreffenden Kalenderjahres ungekündigt besteht,
- zum Auszahlungszeitpunkt keine schwebenden Versicherungsfälle und Beitragsrückstände vorliegen,
- der Versicherer aus den Leistungsbereichen 2. und 3. dieses Tarifes keine Leistungen für die versicherte Person für das betreffende Kalenderjahr zu erbringen hat und
- im jeweiligen Kalenderjahr ununterbrochener Versicherungsschutz für die betreffende versicherte Person nach der vorliegenden Tarifvariante bestand,

wird eine garantierte Beitragsrückerstattung in der Höhe von 990,00 EUR, für versicherte Personen, die in dem betreffenden Kalenderjahr das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in Höhe von 495,00 EUR erbracht.

Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduziert sich die garantierte Beitragsrückerstattung für jeden vor dem Versicherungsbeginn liegenden Monat des betreffenden Kalenderjahres um ein Zwölftel.

War der Versicherte im maßgeblichen Kalenderjahr nach unterschiedlichen Tarifvarianten versichert, wird die garantierte Beitragsrückerstattung nach den vereinbarten Tarifvarianten anteilig berechnet.

Für jeden Tag einer Anwartschaft oder einer getroffenen Ruhensvereinbarung im maßgeblichen Kalenderjahr wird die Beitragsrückerstattung um 1/360 gekürzt.

Die garantierte Beitragsrückerstattung wird im Juni des auf das leistungsfreie Jahr folgenden Kalenderjahres gezahlt.

9. Beitragsentlastung

9.1 Gegenstand der Vereinbarung

- Ab Beginn des Monats, der bei Vereinbarung "Beitragsentlastung V 65" auf die Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person folgt, verringert sich der Monatsbeitrag, der dann für ihre Krankheitskostenversicherung bei der DKV zu zahlen ist, um den vereinbarten Entlastungsbetrag.
- Eine Vereinbarung "Beitragsentlastung V 65" kann frühestens mit Eintrittsalter 20 und nur bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres getroffen werden.

9.2 Entlastungsbetrag

- Es kann ein monatlicher Entlastungsbetrag in Stufen von jeweils 50 EUR bis höchstens zu dem bei Abschluss einer Vereinbarung aktuellen Beitrag für die Krankheitskostenversicherung der versicherten Person vereinbart werden.
- Eine Anhebung des vereinbarten Entlastungsbetrages bis zu dem nach Nr. 9.2 Abs. 1 aktuellen Beitrag für die Krankheitskostenversicherung kann bei Vereinbarung "Beitragsentlastung V 65" nur bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres beantragt werden.
- Sinkt der Monatsbeitrag für die Krankheitskostenversicherung unter den Entlastungsbetrag, wird der Entlastungsbetrag zum gleichen Zeitpunkt so weit herabgesetzt, dass seine nächstliegende Stufe den Beitrag für die Krankheitskostenversicherung nicht mehr übersteigt. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen für den entfallenden Teil des Entlastungsbetrages gebildete Alterungsrückstellung wird auf den verbleibenden Beitrag angerechnet. Wenn unabhängig von einer Beitragsveränderung in der Krankheitskostenversicherung der vereinbarte Entlastungsbetrag herabgesetzt wird, gilt Satz 2 entsprechend.

9.3 Tarifbezeichnung

Im Versicherungsschein wird neben der vereinbarten Tarifvariante der Krankheitskostenversicherung das Alter, nach dessen Vollendung die Beitragsentlastung wirksam wird, und der vereinbarte Entlastungsbetrag angegeben, z.B.: VollMed M4 - BR3 V65 / 300 EUR.

9.4 Beitragsanpassung

Die Beiträge für die "Beitragsentlastung" werden im Rahmen einer Beitragsanpassung der Krankheitskostenversicherung nach § 8b AVB vom Versicherer überprüft. Bei einer Veränderung der Rechnungsgrundlagen in der Krankheitskostenversicherung können die Beiträge für die "Beitragsentlastung" mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

9.5 Beendigung der Vereinbarung "Beitragsentlastung"

- Die Vereinbarung "Beitragsentlastung" kann nur neben solchen Krankheitskostenversicherungen der DKV bestehen, die Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen und bei denen - wie in diesem Druckstück - im Tarifeil bzw. in den jeweiligen Tarifeilen die "Beitragsentlastung" geregelt ist.
- Endet die Vereinbarung "Beitragsentlastung", wird die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Alterungsrückstellung auf den Beitrag einer bei der DKV für die versicherte Person weiter bestehenden

Krankheitskostenversicherung angerechnet. Dabei kann eine sofortige Anrechnung oder eine Anrechnung zum Ablauf der vereinbarten Laufzeit gewählt werden.

- Für Versicherte, deren für die Beitragsentlastungsvereinbarung zugrunde liegende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat und für die die Mitgabe des Übertragungswertes nach § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG nicht vorgesehen ist, gilt:

Endet mit der Vereinbarung "Beitragsentlastung" auch die Krankheitskostenversicherung nach Nr. 9.5 Abs. 1, und besteht dann für die versicherte Person keine andere Krankheitskostenversicherung mehr bei der DKV, verfällt die Alterungsrückstellung aus dieser Vereinbarung zugunsten der Versichertengemeinschaft.

Für Versicherte, deren für die Beitragsentlastungsvereinbarung zugrunde liegende Krankheitskostenversicherung ab dem 1. Januar 2009 begonnen hat und für die die Mitgabe des Übertragungswertes nach § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG vorgesehen ist, gilt:

Endet mit der Vereinbarung „Beitragsentlastung“ auch die Krankheitskostenversicherung nach Nr. 9.5 Abs. 1, und besteht dann für die versicherte Person keine andere Krankheitskostenversicherung mehr bei der DKV, gelten die Regelungen zu § 13 Abs. 8 AVB entsprechend.

Hat die Vereinbarung "Beitragsentlastung" zehn Jahre bestanden, wird der maßgebliche Gegenwert für die Alterungsrückstellung aus dieser Vereinbarung auf eine bestehende Pflegeergänzungsversicherung oder Krankenhaustagegeldversicherung angerechnet, soweit dadurch bei der weiter bestehenden Versicherung eine monatliche Beitragsrate von 2,56 EUR nicht unterschritten wird.

9.6 Dauer der Beitragszahlung

Der Beitrag für die "Beitragsentlastung" ist auch nach Vollendung des 65. Lebensjahres zu zahlen, und zwar bis zur Beendigung der Krankheitskostenversicherung.