

Allgemeine
Versicherungsbedingungen (AVB)
Teil III

VollMed Tarif Aktiv

Für den Zugang
ab 1.3.2009

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 270).

V e r s i c h e r u n g s l e i s t u n g e n

-
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 Gesundheitstelefons, 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.

Kostenersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für:

2. Ambulante Heilbehandlung

- Heilbehandlung durch Ärzte und Heilpraktiker gem. § 4 Abs. 2.1 und Abs. 2.3 der AVB einschließlich verordneter Arzneien (inkl. zugehöriger Applikationshilfen) und Verbandmittel zu 75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen. Bei Heilpraktikern wird für die Erstattung gemäß § 4 Abs. 2.1 der AVB die jeweils gültige Gebührenordnung für Heilpraktiker zugrunde gelegt.

Solche Heilbehandlungen sind indes im Rahmen einer medizinischen Notfallbehandlung zu 100 % erstattungsfähig. Heilbehandlung durch Ärzte und Heilpraktiker sowie ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen) gemäß § 4 Abs. 2.1 und Abs. 2.3 der AVB einschließlich verordneter Arzneien (inkl. zugehöriger Applikationshilfen) und Verbandmittel zu 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn für die (Erst-) Behandlung der Hausarzt (Arzt für Allgemeinmedizin/praktischer Arzt), ein Facharzt für Gynäkologie, für Augenerkrankungen oder für Kindererkrankungen in Anspruch genommen wird. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen. Bei Heilpraktikern wird für die Erstattung gemäß § 4 Abs. 2.1 der AVB die jeweils gültige Gebührenordnung für Heilpraktiker zugrunde gelegt.

- Überwachung der Schwangerschaft durch Arzt, Hebamme oder Entbindungspfleger sowie Hausentbindungen.
- Psychotherapie pro Kalenderjahr zu:
 - 75 % für die ersten 25 Sitzungen
 - 70 % für die 26. bis 50. Sitzung
 - (vgl. § 4 Abs. 2.4 der AVB)
- Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff), die von der Ständigen Impfkommision empfohlen werden (nicht für Beruf und Reisen).
- Heilmittel gemäß § 4 Abs. 3.2 der AVB zu 75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen: z.B. Bäder, Massagen, physikalische und elektrische Behandlungen.
- Hilfsmittel gemäß § 4 Abs. 3.3 der AVB zu 75 % der erstattungsfähigen Aufwendungen: Hörgeräte, Sprechgeräte, Stützapparate, Gehstützen, orthopädische Einlagen, orthopädische Schuhe, Bandagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, Prothesen, Gehhilfen, Krankenfahrstühle, und Ähnliches. Der Versicherte kann Hilfsmittel auch leihweise ohne Selbstbehalt zur Verfügung stellen. Bitte setzen Sie sich vor dem Bezug von Hörgeräten, Sprechgeräten, Krankenfahrstühlen und Ähnlichem mit uns in Verbindung. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer).
Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen) bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 260 EUR zu 75% innerhalb von zwei Kalenderjahren. Ein erneuter Anspruch besteht erst nach Ablauf von zwei Kalenderjahren.
- Häusliche Krankenpflege bis zu den Beträgen, 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 oder eine ärztliche Krankenpflege nicht in Frage kommt.
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 bis zu 15 EUR pro Stunde und 90 EUR 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 EUR pro Km) und einen etwaigen Verdienstausschlag ebenfalls insgesamt bis zu 15 EUR pro Stunde und 90 EUR pro Tag.

- Kurzzeitpflege bis zu dem nach § 42 Abs. 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten 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 7 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.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen für die Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten.

- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung bis zu den Beträgen, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

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. Stationäre Heilbehandlung

- Unterbringung, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als Regelleistung gemäß § 4 Abs. 4.1 und 4.2 AVB.
- Medizinisch notwendige Fahrten und Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

4. Zahnbehandlung und Zahnersatz

- 4.1 Erstattungsfähige Aufwendungen für Zahnbehandlung gemäß § 4 Abs. 2.7 der AVB sowie Zahnersatz gemäß § 4 Abs. 2.8 der AVB (Zahnkronen, Kieferorthopädie sowie prothetische und implantologische Leistungen, insbesondere Brücken und Stiftzähne) einschließlich verordneter Arzneien (inkl. Applikationshilfen) und Verbandmittel bis insgesamt 520 EUR pro Kalenderjahr zu 100 %. Darüber hinaus gilt ein Basis-Erstattungssatz von 50%.

Dieser Basis-Erstattungssatz steigt für das jeweils nächste Kalenderjahr um 5 Prozentpunkte auf 55, 60, 65, 70 bis maximal 75%, wenn für die entsprechenden Kalenderjahre je eine abgeschlossene Prophylaxe-Maßnahme einschließlich professioneller Zahnreinigung oder bei Erwachsenen ab Alter 20 die Entfernung von Zahnbelägen (Zahnstein) nachgewiesen wird.

Wird für ein oder mehrere Jahr(e) keine Prophylaxe nachgewiesen, vermindert sich der Erstattungssatz pro Jahr ab dem jeweils nächsten Jahr um je 5 Prozentpunkte bis auf den Basis-Erstattungssatz von 50%.

Nachweise oder Rechnungen über Prophylaxe sind dem Versicherer bis zum 31.03. des Jahres nach Durchführung vorzulegen.

Die Kosten für zahnärztliche Individual-Prophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung sowie die Entfernung von Zahnbelägen (Zahnstein) werden ohne Anrechnung auf die Selbstbeteiligung zu 100% erstattet:

¹ Höchstbetrag 1.774 EUR (Stand: 1. Januar 2022)

- 4.2 Der Erstattungsbetrag bei Zahnbehandlung und Zahnersatz (Zahnkronen, Kieferorthopädie, sowie prothetische und implantologische Leistungen, insbesondere Brücken und Stifzähne) nach Abs. 4.1 ist insgesamt begrenzt auf:

520 EUR im 1. Kalenderjahr
780 EUR im 2. Kalenderjahr
1.300 EUR jährlich im 3. bis 6. Kalenderjahr
2.600 EUR im 7. Kalenderjahr und danach für die weitere Versicherungsdauer
5.200 EUR jeweils für einen Zeitraum von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren

Die Begrenzung des Erstattungsbetrages entfällt bei unfallbedingter zahnärztlicher/kieferorthopädischer Behandlung.

Kosten für kieferorthopädische Behandlungen sind erstattungsfähig, wenn die Maßnahme vor Vollendung des 18. Lebensjahres des Versicherten geplant und begonnen wurde.

- 4.3 Wir empfehlen, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes sowie einen Kostenvorschlag über zahntechnische Laborarbeiten und Materialien vorzulegen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

5. Selbstbeteiligung

Die oben angegebenen Tarifleistungen gelten unter Abzug der tariflich vereinbarten Selbstbeteiligung. Die Selbstbeteiligung gilt pro Person und Kalenderjahr (vgl. § 4 Abs. 9 der AVB). Die Selbstbeteiligung beträgt für versicherte Personen:

ab dem 20.
Lebensjahr
Frauen 400,00 EUR
Männer 440,00 EUR

ab dem 15.
bis zum 20.
Lebensjahr
Frauen 360,00 EUR
Männer 360,00 EUR

bis zum 15.
Lebensjahr 180,00 EUR.

Nach Vollendung des 14. bzw. 19. Lebensjahres gilt ab dem folgenden Kalenderjahr die Selbstbeteiligung der nächsthöheren Altersgruppe.

6. Optionsrecht (gilt nicht für eine Umstellung in Tarife des BestMed Tarifsystems)

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass der Versicherer einen Antrag auf Wechsel in andere Tarife (ausgenommen: Tarife aus dem BestMed Tarifsystem) der Krankheitskosten-Vollversicherung ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten annimmt, soweit der Versicherungsnehmer den Wechsel bis zu dem auf die Vollendung des 45. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr beantragt und in den anderen Tarifen

- bei ambulanter Behandlung die Selbstbeteiligung mindestens genau so hoch ist wie im versicherten Tarif zum Zeitpunkt der Umstellung,
- bei stationärer Behandlung der Leistungsumfang höchstens die Kosten für wahlärztliche Leistungen und die Unterbringung im Zweibettzimmer umfasst.

Der Wechsel kann ausschließlich zum 1. Januar des vierten oder sechsten Kalenderjahres nach erstmaligem Abschluss des VollMed Tarifs Aktiv beantragt werden. Der Antrag auf Wechsel in andere Tarife muss dem Versicherer spätestens am 31.10. des dritten bzw. fünften Kalenderjahres nach erstmaligem Abschluss des VollMed Tarifs Aktiv vorliegen. Besonders vereinbarte Beitragszuschläge im VollMed Tarif Aktiv werden bei Wechsel in andere Tarife entsprechend angepasst. Leistungsausschlüsse werden bei Wechsel in andere Tarife übernommen.

Das Recht, jederzeit einen Umwandlungsantrag gemäß § 1 Abs. 6 MB/KK 2009 zu stellen, bleibt unberührt.

7. Beitragsentlastung

7.1 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.

7.2 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. 7.2 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.

7.3 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 Aktiv V65 / 200 EUR.

7.4 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.

7.5 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 Tarifteil bzw. in den jeweiligen Tarifteilen 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. 7.5 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. 7.5 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.

7.6 Dauer der Beitragszahlung

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