

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil III

TARIFE AB, AN, ZB, ZS 60, SB

VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR PRIVATPATIENTEN

Diese Tarife gelten 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 600).

AB Tarif für ambulante Heilbehandlung

1. Leistungsumfang

- a) Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 7 AVB) werden zu 100% des Rechnungsbetrages erstattet, abzüglich der vereinbarten Selbstbeteiligung (s. hierzu auch § 5 Abs. 8 AVB).

Die Selbstbeteiligung beträgt nach:

| | Männer | Frauen | Kinder/Jugendliche |
|------------------|---------|---------|--------------------|
| Tarifstufe AB 01 | 120 EUR | 120 EUR | 120 EUR |
| Tarifstufe AB 03 | 440 EUR | 440 EUR | 400 EUR |

Nach Vollendung des 20. Lebensjahres gilt ab dem folgenden Kalenderjahr die Selbstbeteiligung für Männer bzw. Frauen.

Die Selbstbeteiligung gilt pro versicherte Person und Kalenderjahr, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung für das erste Versicherungsjahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.

- b) Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 7 AVB) werden mit nachstehenden Prozentsätzen des Rechnungsbetrages erstattet (s. hierzu auch § 5 Abs. 8 AVB):

Tarifstufe AB 90 zu 90%

Der maximale Selbstbehalt beträgt im Tarif AB 90 EUR 250 pro Versicherungsjahr (Erstattung der Rechnungsbeträge bis EUR 2.500 zu 90%, darüber hinaus zu 100%).

2. Serviceleistungen

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen und allen versicherten Personen 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

- Behandlungseleitlinien 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),
- bei Auslandsreisen
24-Stunden-Service mit Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern, ärztliche Betreuung, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, Information von Angehörigen, Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen, Organisation von Transporten/Verlegung zum nächst erreichbaren Arzt/Krankenhaus, Organisation von Auslandsrücktransporten, Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Heimatwohnsitz.

AN Tarif für ambulante Heilbehandlung (Naturheilverfahren)

1. Leistungsumfang

- a) Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 7 AVB) werden zu 100% des Rechnungsbetrages erstattet, abzüglich der vereinbarten Selbstbeteiligung (s. hierzu auch § 5 Abs. 8 AVB).

Die Selbstbeteiligung beträgt nach:

| | Männer | Frauen | Kinder/Jugendliche |
|------------------|---------|---------|--------------------|
| Tarifstufe AN 01 | 120 EUR | 120 EUR | 120 EUR |
| Tarifstufe AN 03 | 440 EUR | 440 EUR | 400 EUR |

Nach Vollendung des 20. Lebensjahres gilt ab dem folgenden Kalenderjahr die Selbstbeteiligung für Männer bzw. Frauen.

Die Selbstbeteiligung gilt pro versicherte Person und Kalenderjahr, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Mittel bezogen wurden. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung für das erste Versicherungsjahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.

- b) Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 7 AVB) werden mit nachstehenden Prozentsätzen des Rechnungsbetrages erstattet (s. hierzu auch § 5 Abs. 8 AVB):

Tarifstufe AN 90 zu 90%

Der maximale Selbstbehalt beträgt im Tarif AN 90 EUR 250 pro Versicherungsjahr (Erstattung der Rechnungsbeträge bis EUR 2.500 zu 90%, darüber hinaus zu 100%).

2. Inanspruchnahme von Heilpraktikern

Abweichend von § 4 Abs. 7 a) sind bei der Inanspruchnahme von Heilpraktikern alle Leistungen im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der Fassung von 1985 (GebüH 1985) bis zum Höchstsatz erstattungsfähig. Die Kosten für ambulante Psychotherapie werden bis zu 20 Sitzungen im Versicherungsjahr erstattet. Für die unter Ziffer 3 besonders aufgeführten Naturheilverfahren wird, sofern sie nicht im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker aufgeführt sind, für den Erstattungsanspruch eine analoge Bewertung des Honorars zugrunde gelegt.

3. Naturheilverfahren

Zu den in diesem Tarif erstattungsfähigen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimitteln (vgl. § 1 Abs. 2 sowie § 5 Abs. 2) zählen die folgenden Naturheilverfahren, für die auf § 4 Abs. 6 verzichtet wird:

- a) **Eigenständige medizinische Richtungen**
Anthroposophische Medizin, antihomotoxische Medizin, Homöopathie, Phytotherapie, traditionelle chinesische Medizin.
- b) **Bioenergetische und Regulationsmedizin**
Akupunktur, Akupressur, Shiatsu, bioelektronische Funktionsdiagnostik, Bioresonanztherapie, Elektroakupunktur, Lasertherapie, Magnetfeldtherapie, Neuraltherapie/Elektroneuraltherapie, Regulationstherapien.
- c) **Mikroökologische Medizin**
Elementartherapie, mikrobiologische Therapie, orthomolekulare Medizin.

- d) **Organotherapie**
Enzymtherapie, Thymustherapie, Zelltherapie.
- e) **Physikalische und Konditionierungsverfahren**
Bewegungstherapien/Krankengymnastik, Dermatopunktur/Dermatopressur, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Lichttherapie, Sprachtherapie, Thermotheapie.
- f) **Sauerstofftherapien**
Hämato gene Oxydationstherapie, Oxyvenierungstherapie, Ozontherapie, Sauerstoffbeatmung/Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie.
- g) **Besondere Arzneizubereitungen**
Homöopathische Hochpotenzen, Spagyrik, Nosoden.

Wir empfehlen, bei uns eine vorherige schriftliche Leistungszusage einzuholen.

4. Serviceleistungen

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten bieten wir Ihnen und allen versicherten Personen 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),
- bei Auslandsreisen
24-Stunden-Service mit Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern,
ärztliche Betreuung, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, Information von Angehörigen,
Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen,
Organisation von Transporten/Verlegung zum nächst erreichbaren Arzt/Krankenhaus,
Organisation von Auslandsrücktransporten,
Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Heimatwohnsitz.

ZB 100 Tarif für zahnärztliche Behandlung

1. Leistungsumfang

Die Aufwendungen für zahnärztliche Behandlung werden im Rahmen der vereinbarten Tarifstufe erstattet (s. hierzu auch § 5 Abs. 8 AVB), und zwar für

- a) Zahnbehandlung (§ 4 Abs. 9 a) AVB) zu 100%,
- b) Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung (§ 4 Abs. 9 b) AVB) zu 80%.

In den ersten zwei Versicherungsjahren werden für nicht unfallbedingte Aufwendungen pro versicherte Person bis zu insgesamt 1.600 EUR erstattet. Bei Zahnersatz, Zahn und Kieferregulierung mit einem voraussichtlichen Gesamtrechnungsbetrag von über 2.000 EUR ist dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplans werden die über 2.000 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet.

ZS 60 Tarif für zahnärztliche Behandlung

1. Abweichung von den Tarifbedingungen

Abweichend von § 4 Abs. 9 b) der Tarifbedingungen gelten als Zahnersatz nicht nur Prothesen, Brücken, Kronen und Stützähne, sondern auch Teilkronen, Implantate, Einlagefüllungen (Inlays) sowie alle damit im Zusammenhang stehenden vor und nachbereitenden Maßnahmen.

Abweichend von § 5 Abs. 8 der Tarifbedingungen sind für zahnärztliche Leistungen die Gebühren erstattungsfähig, die den jeweiligen gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnungen für Zahnärzte bzw. Ärzte entsprechen und die die darin festgelegten Höchstsätze nicht überschreiten.

2. Leistungsumfang

Die Aufwendungen für zahnärztliche Heilbehandlung werden für

- a) Zahnbehandlung zu 100%,
- b) Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung zu 60%, erstattet.

Der Erstattungsbetrag wird in den ersten beiden Versicherungsjahren auf 800 EUR und in den ersten vier Versicherungsjahren auf 2.400 EUR begrenzt.

Ab dem fünften Versicherungsjahr ist der Erstattungsbetrag auf 4.000 EUR unter Anrechnung der Erstattungsbeträge aus dem Tarif ZS 60 für Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung der beiden vorangegangenen Versicherungsjahre begrenzt.

Die Begrenzungen entfallen bei Zahnersatz für solche erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Bei Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung mit einem voraussichtlichen Gesamtbetrag von über 2.000 EUR ist dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen unverzüglich zu prüfen und den Versicherungsnehmer über die Höhe des Leistungsanspruchs zu informieren. Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplans werden die über 2.000 EUR hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen zur Hälfte der tariflichen Leistung erstattet.

SB Tarif für stationäre Heilbehandlung

1. Leistungsumfang

Die Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung (§ 4 Abs. 8 AVB) werden zu 100% erstattet (s. hierzu auch § 5 Abs. 8 AVB), und zwar nach

Tarifstufe SB 3 die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 4 Abs. 8 a) AVB) Mehrbettzimmer mit allgemeinärztlicher Behandlung,

Tarifstufe SB 2 die Wahlleistungen (§ 4 Abs. 8 b) AVB) Zweibettzimmer mit privatärztlicher Behandlung,

Tarifstufe SB 1 die Wahlleistungen (§ 4 Abs. 8 b) AVB) Einbettzimmer mit privatärztlicher Behandlung.

Nach den Tarifstufen SB 1 oder SB 2 Versicherte erhalten ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR, wenn die privatärztliche Behandlung nicht gesondert berechnet wird.

Wird eine niedrigere als die versicherte Unterkunft und Verpflegung in Anspruch genommen, wird gleichfalls ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe gezahlt:

| Versicherte Tarifstufe | In Anspruch genommene Unterkunft | Krankenhaus- tagegeld |
|---------------------------|--|--------------------------|
| SB 1 | Zweibettzimmer | 15 EUR |
| SB 1 | Mehrbettzimmer | 35 EUR |
| SB 2 | Mehrbettzimmer | 20 EUR |

Bei teilstationärer Behandlung wird kein Krankenhaustagegeld gezahlt (vgl. § 4 Abs. 11 d) AVB).

Nach Tarifstufe SB 3 sind außerdem zu 100% erstattungsfähig die aus medizinischen Gründen erforderlichen Mehrkosten für eine medizinisch zwingend notwendige Rückführung in die Bundesrepublik Deutschland, sofern eine im Ausland akut eingetretene Erkrankung oder eine Unfallverletzung die Rückführung bedingt; die üblichen Fahrtkosten bleiben bei der Erstattung unberücksichtigt.

Außerdem sind nach Tarifstufe SB 3 erstattungsfähig die Bestattungskosten am Sterbeort für einen im Ausland Verstorbenen bzw. wahlweise Überführungskosten in die Heimat, höchstens jedoch 6.000 EUR.

Als Ausland gilt nicht der gewöhnliche Aufenthalt nach § 1 Abs. 5 AVB und nicht die Bundesrepublik Deutschland.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0800/3746 444 (gebührenfreie
Rufnummer)

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil III

TARIF BE

ERGÄNZUNGSTARIF FÜR BEIHILFEBERECHTIGTE

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 600).

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach diesem Tarif sind alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen mit Anspruch auf Beihilfe im Sinne einer Beihilfeverordnung, sofern gleichzeitig beim Versicherer eine Aufnahme in Tarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung erfolgt oder eine Versicherung in diesen Tarifen schon besteht, wobei der Beihilfebemessungssatz und der tarifliche Erstattungssatz zusammen 100% ergeben.

Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit weggefallen ist.

2. Leistungsumfang

Es werden unter Anrechnung der Ansprüche nach öffentlich-rechtlichen Beihilfavorschriften und von Versicherungsleistungen aus den o.g. vereinbarten Tarifen verbleibende Aufwendungen (soweit Beihilfeverordnungen einen Selbstbehalt vorsehen, gehört dieser nicht zu den verbleibenden Aufwendungen) erstattet:

- a) für ärztliche Behandlung bis zum Höchstsatz der GOÄ;
- b) für ärztlich verordnete Brillengläser, wenn die Beihilfe dafür eine Vorleistung erbracht hat. Sind jedoch nach der für die versicherte Person maßgeblichen Beihilfavorschrift Brillengläser nicht mehr beihilfefähig, werden für jedes ärztlich verordnete Brillenglas maximal 60 EUR erstattet. Unter Anrechnung weiterer Erstattungen ist der Erstattungsbetrag auf 100% des Rechnungsbetrages begrenzt;
- c) für Brillengestelle bis zu einem Höchstbetrag von 40 EUR;
- d) für privatärztliche Behandlung im Krankenhaus bis zum Höchstsatz der GOÄ, sofern eine Vorleistung aus einem Tarif für privatärztliche Behandlung erfolgte;
- e) für zahnärztliche Behandlung bis zum Höchstsatz der GOZ (§ 4 Abs. 9a) AVB);
- f) für Zahnersatz zu 90%. In den ersten 2 Versicherungsjahren werden für nicht unfallbedingte Aufwendungen für Zahnersatz (§ 4 Abs. 9b) AVB) pro versicherte Person bis zu insgesamt 2.200 EUR erstattet;
- g) für ambulante (§ 4 Abs. 7 AVB) und stationäre (§ 4 Abs. 8 AVB) Heilbehandlung sowie für schmerzstillende Zahnbehandlung und Reparatur von Zahnersatz, sofern diese Aufwendungen im Ausland entstehen.

Mit Ausnahme der Buchstaben b) und c) besteht ohne Vorleistung der Beihilfe keine Leistungspflicht.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0 18 01/358 100*

(*3,9 Ct/Min. aus dem dt. Festnetz; max. 42 Ct/Min. aus dt. Mobilfunknetzen)