

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

## Tarif GKVplus mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. Januar 2017 -

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

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

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

### II. Versicherungsleistungen

#### A Anmerkungen zum tariflichen Leistungsrahmen der Nummern 1 bis 5

Der Versicherer erstattet nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall die nachgewiesenen Aufwendungen im nachfolgenden Umfang. Hierbei gelten die Aufwendungen nach Nummern 1, 3, 4 und 5 zum Zeitpunkt der Behandlung bzw. des Bezuges der Arzneien und Verbandmittel, nach Nummer 2 zum Zeitpunkt der Bestellung der Brille bzw. Kontaktlinsen als entstanden.

Die bei ärztlicher und zahnärztlicher Behandlung jeweils zu leistende Zuzahlung (Praxisgebühr) sowie die sonstigen gesetzlichen Zuzahlungen zählen nicht zu den erstattungsfähigen Aufwendungen.

#### B Leistungen

##### 1 Zahnersatz, Implantate, Inlays und Onlays

Mit 25 % werden Aufwendungen für Zahnersatz, Implantate, Inlays und Onlays erstattet; zusammen mit zustehenden Leistungen aus anderen Tarifen oder sonstiger Leistungsträger jedoch insgesamt höchstens 90 % des Rechnungsbetrages. Für das Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und für das darauf folgende Kalenderjahr werden zusammen bis zu insgesamt 1.000 EUR erstattet.

Der Höchstbetrag gilt nicht für einen durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach dem Vertragsabschluss ereignet hat und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird.

Erstattungsfähig sind die bei Zahnersatz, Implantaten, Inlays und Onlays ambulant entstehenden Aufwendungen für das zahnärztliche Honorar und für Material- und Laborkosten. Im Zusammenhang mit Implantaten werden medizinisch notwendige ambulante chirurgische Maßnahmen, die erforderlich sind, um Kieferknochen für die Aufnahme der Implantate aufzubereiten, erstattet.

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Reparatur von Zahnersatz. Inlays und Onlays sind Einlagefüllungen aus Metall, Keramik oder Kunststoff; Kompositfüllungen mittels Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik und Glas-/Keramik-Inserts zählen nicht dazu.

##### 2 Brillen, Kontaktlinsen

Mit 70 % werden Aufwendungen für Brillen (Gläser, Fassung) und Kontaktlinsen, zusammen bis zu insgesamt 130 EUR für ein Kalen-

derjahr erstattet. Voraussetzung ist die schriftliche Verordnung eines Augenarztes.

##### 3 Ambulante Heilbehandlung durch Ärzte mit Zusatzausbildung „Naturheilverfahren“ und/oder „Homöopathie“ und/oder „Akupunktur“ und durch Heilpraktiker

Mit 70 % werden Aufwendungen für Leistungen nach Nummern 3.1 und 3.2 zusammen bis zu insgesamt 500 EUR für ein Kalenderjahr erstattet.

##### 3.1 Behandlung durch Ärzte mit Zusatzausbildung „Naturheilverfahren“ und/oder „Homöopathie“ und/oder „Akupunktur“

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für solche ärztliche Leistungen, die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung aufgeführt sind. Davon abweichende Vergütungen (z. B. fehlende Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütungen) und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen werden nicht erstattet.

##### 3.2 Behandlung durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für solche Heilpraktikerleistungen, die im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils neuesten Fassung aufgeführt sind. Nicht erstattet werden Vergütungen, die die Sätze des GebüH überschreiten.

##### 4 Vom Arzt oder Heilpraktiker verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneien

Mit 70 % werden Aufwendungen für vom Arzt oder Heilpraktiker verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneien zusammen bis zu insgesamt 130 EUR für ein Kalenderjahr erstattet. Voraussetzung ist, dass die deutsche gesetzliche Krankenversicherung nach ihren Richtlinien hierfür keine Leistung vorsieht.

Als Arzneien im Sinne dieses Tarifs gelten nicht solche Produkte, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht, zum Beispiel: Geheimmittel, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, Entfettungs- und potenzfördernde Mittel, Haarwuchsmittel, Mittel zur Raucherentwöhnung, Vitamin- und Mineralstoffpräparate, Hormonpräparate im Rahmen von Anti-Aging-Maßnahmen, kosmetische Mittel, Desinfektionsmittel, Mineralwässer und Badeszusätze.

## 5 Auslandsreise-Krankenversicherungsschutz

Mit 100 % werden nach Anrechnung etwaiger Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, anderer Versicherer oder Kostenträger verbleibende Aufwendungen, die während einer Auslandsreise aus Anlass eines dort unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfalles entstanden sind, erstattet für:

- a) Ambulante ärztliche und schmerzstillende zahnärztliche Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausführung sowie Reparatur von Prothesen, Arznei-, Verband- und Heilmittel, Strahlendiagnostik, stationäre Krankenhausbehandlung einschließlich Operationen und medizinisch notwendigen Krankentransport zum nächsten Arzt oder Krankenhaus.  
Wenn ein Versicherungsfall bereits vor Antritt der Auslandsreise eingetreten war, werden Aufwendungen auch insoweit erstattet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Ausland zur Abwendung einer akuten Lebensgefahr oder zur Beseitigung erheblicher Schmerzzustände erforderlich ist.
- b) Medizinisch notwendigen Rücktransport an den ständigen Wohnsitz des Versicherten oder zu einem grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland. Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport, wenn er ärztlich angeordnet ist und die im Aufenthaltsland vorhandenen medizinischen Einrichtungen nicht ausreichend sind und dadurch eine Gesundheitsschädigung des Versicherten zu befürchten ist. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

## III. Tarifbedingungen

### 1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind oder über eine damit vergleichbare Absicherung verfügen.

Nach dem brancheneinheitlichen Basistarif nach § 152 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) versicherte Personen sind nicht versicherungsfähig.

### 2 Beitragsfestsetzung

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

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 wird vom folgenden Monatsersten an der niedrigste Erwachsenenbeitrag erhoben.

### 3 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge jährlich zugeschrieben. Die Zuschreibung erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG 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 gilt der Versicherungsschutz auch außerhalb Europas ohne besondere Vereinbarung.
- 4.2 Zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009: Umfang der Leistungen bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland  
Der Versicherer leistet bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb Europas im tariflichen Umfang.
- 4.3 Zu § 2 Abs. 1 MB/KK 2009: Beginn des Versicherungsschutzes  
Für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwanger-

c) Überführung bei Tod einer versicherten Person in die Bundesrepublik Deutschland.

d) Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistungen, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wären.

Dabei gehen Leistungsverpflichtungen der gesetzlichen Krankenversicherung, anderer Versicherer oder Kostenträger der Eintrittspflicht aus diesem Vertrag vor. Wird der DeBeka der Versicherungsfall gemeldet, wird diese in Vorleistung treten.

Die Versicherung gilt für jede Auslandsreise der versicherten Person, und zwar jeweils bis zu einer Höchstreisedauer von 60 Tagen. Mit Ablauf des 60. Tages eines Auslandsaufenthaltes endet der Versicherungsschutz, auch für laufende Versicherungsfälle.

Ist die Rückreise bei Ende des Versicherungsschutzes aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich der Versicherungsschutz für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle längstens um 60 Tage.

Als Ausland gilt das Gebiet außerhalb der Bundesrepublik Deutschland mit Ausnahme der Länder, in denen die versicherte Person einen Wohnsitz hat.

schaft wird ab Beginn des Versicherungsschutzes auch dann geleistet, wenn der Versicherungsfall schon vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist.

4.4 Zu § 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009: Wartezeitverzicht  
Bei Versicherungsleistungen nach Abschnitt II B Nr. 5 verzichtet der Versicherer auf die Wartezeiten.

4.5 Zu § 4 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009: Medizinische Versorgungszentren  
Der versicherten Person steht auch die Wahl unter approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) tätig sind, wenn die Abrechnung auf der Grundlage der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte erfolgt. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können auch von den in Satz 1 genannten behandelnden Ärzten und Zahnärzten verordnet werden.

4.6 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.

4.7 Zu § 6 Abs. 1 MB/KK 2009: Nachweis der Aufwendungen  
Die entstandenen Aufwendungen sind durch die Urschriften der Rechnungen nachzuweisen. Bei fremdsprachigen Rechnungen sind auf Verlangen amtlich beglaubigte Übersetzungen beizufügen. 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 den 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 quittiert sein.

Bei Zahnbehandlung müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne, Zahnstatus mit Befund und erfolgter Behandlung enthalten.

Bei Geltendmachung von Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist eine amtliche oder ärztliche Bescheinigung über die Todesursache einzureichen.

Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbeleg nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

Eine zustehende Leistung durch die gesetzliche Krankenversicherung, einen anderen Versicherer oder Kostenträger oder aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Regelungen muss auf den Belegen betragsmäßig bescheinigt sein; dabei reichen auch Duplikatrechnungen als Belege aus.

**4.8 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.

**4.9 Zu § 8 Abs. 7 MB/KK 2009: Mahnkosten**

Die Mahnkosten betragen für jede angemahnte Monatsrate 0,50 EUR.

**4.10 Zu § 8b MB/KK 2009: Beitragsanpassung**

Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 %, so werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Bei einer Abweichung der erforderlichen mit den in den techni-

schen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen nach den Vorschriften des VAG und der KVAV für eine Beobachtungseinheit 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 betragsmäßigen Leistungsbegrenzungen nach Abschnitt II B Nr. 1 bis 4 kann der Versicherer der Kostenentwicklung anpassen, sobald Beitragsanpassungen in Kraft treten. Eine Anpassung der Leistungsbegrenzungen ist in dem Maße zulässig, wie der Verbraucherpreisindex für Deutschland (Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes) steigt. Die sich nach diesem Verfahren ergebenden betragsmäßigen Leistungsbegrenzungen werden auf volle 5 EUR gerundet. Findet eine Beitragsanpassung zum 1. Januar statt, gilt die neue Leistungsbegrenzung ab diesem Zeitpunkt, ansonsten ab dem 1. Januar des Kalenderjahres, das auf die Beitragsanpassung folgt. Die Beitragsanpassungen und Änderungen der Leistungsbegrenzungen sind zulässig, wenn dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderung überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat.

**4.11 Zu § 14 Abs. 2 MB/KK 2009: Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht**

Der Versicherer verzichtet gegenüber dem Versicherungsnehmer auf das ordentliche Kündigungsrecht.

## **5 Ende der Versicherung**

Die Versicherung nach diesem Tarif endet - unbeschadet der §§ 13 - 15 MB/KK 2009 - mit Wegfall der in Abschnitt III Nr. 1 bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.