

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

Tarif BKplus mit Tarifbedingungen

– Stand: 1. Januar 2026 –

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind die Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung 2009 (MB/KK 2009)

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

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

Im Beitrag ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung nach § 1 Abs. 6 und § 8a Abs. 2 MB/KK 2009 enthalten.

II. Versicherungsleistungen

Erstattet werden 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu 600 Euro pro Person und Kalenderjahr unter Berücksichtigung betragsmäßiger Begrenzungen. Der Höchsterstattungsbetrag gilt insgesamt für alle aufgeführten Leistungen.

Der Höchsterstattungsbetrag gilt auch dann, wenn der Versicherungsvertrag unterjährig abgeschlossen wird. Maßgebender Zeitpunkt ist das Datum der Behandlung oder des Bezugs von Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln.

Die tarifliche Erstattung ist zusammen mit den Leistungen der Debeka BKK sowie Leistungen nach anderen Versicherungstarifen oder von sonstigen Leistungsträgern auf 100 Prozent des Rechnungsbetrags begrenzt.

1 Ambulante Heilbehandlung oder osteopathische Behandlung durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ und/oder „Akupunktur“ und/oder „Homöopathie“ und/oder „Osteopathie“ oder durch Heilpraktiker

- 1.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die auf die Bereiche „Naturheilverfahren“, „Akupunktur“, „Homöopathie“ und „Osteopathie“ entfallen.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Von der GOÄ abweichende Vergütungen (zum Beispiel, wenn Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütungen fehlen) und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen erstattet der Versicherer nicht.

- 1.2 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Heilpraktikerleistungen, die dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Vergütungen, die die Sätze des GebÜH überschreiten, erstattet der Versicherer nicht.

2 Sehhilfen

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen einschließlich Reparaturen bis zu 300 Euro je Kalenderjahr.

3 Operative Sehschärfenkorrektur

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für operative Sehschärfenkorrekturen (zum Beispiel Lasik, Lasek) durch niedergelassene approbierte Ärzte im Rahmen der GOÄ.

4 Hörgeräte

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen (einschließlich etwaiger Zuzahlungen) für ein Hörgerät (inklusive Otoplastik). Erstattungsfähig sind außerdem die Aufwendungen für die Reparatur und Wartung (inklusive Ersatzteile, aber keine Batterien) des Hörgeräts sowie die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch. Erstattet werden insgesamt bis zu 300 Euro je Kalenderjahr.

5 Gezielte Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen – jedoch keine individuellen Gesundheitsleistungen (IGel) – unabhängig von Altersgrenzen.

6 Hilfsmittel, Heilmittel, Fahrten und Transporte, Arznei- und Verbandmittel

- 6.1 Hilfsmittel (außer Sehhilfen nach Nummer 2 und Hörgeräte nach Nummer 4), einschließlich eventueller Zuzahlungen. Als Hilfsmittel gelten medizinisch-technische Mittel, Körperersatzstücke und Geräte, die am Patienten für diagnostische oder therapeutische beziehungsweise lebenserhaltende Zwecke angewandt werden, um Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen zu mildern oder auszugleichen.

- 6.2 Heilmittel (Heilbäder, Packungen, Kammern, Inhalationen, Massagen, Wärme- und Lichtbehandlungen, sonstige physikalische Therapie sowie Sprachheilbehandlung sowie Osteopathie) einschließlich eventueller Zuzahlungen. Heilmittel müssen von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet und von einem staatlich geprüften Angehörigen eines Gesundheitsberufs beziehungsweise Heilhofsberufs angewandt werden.

- 6.3 Fahrten und Transporte bei ambulanter Heilbehandlung zum und vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Gehunfähigkeit
- 6.4 Arznei- und Verbandmittel einschließlich eventueller Zuzahlungen

7 Zahnprophylaxe

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für professionelle Zahncleaning nach der Nummer 1040 der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) für alle Zähne bis zu zweimal im Kalenderjahr.

III. Tarifbedingungen

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

- 1.1 Aufnahme- und versicherungsfähig sind alle Mitglieder und Familienversicherten im Sinne von § 10 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) der Debeka BKK, sofern sie dem Datenaustausch zwischen der Debeka BKK und der Debeka Krankenversicherung zum Zweck der Vertragsführung und der Leistungserstattung zugestimmt haben. Der Vertrag muss innerhalb von drei Monaten ab Beginn der Mitgliedschaft beziehungsweise der Familienversicherung abgeschlossen werden.

Die Voraussetzungen sind auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

- 1.2 Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit für den Versicherungsnehmer oder für einzelne Personen ist dem Versicherer durch den Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen.

2 Tarifliches Lebensalter bei der Beitragsfestsetzung

Zur Berechnung der Beiträge gilt als tarifliches Lebensalter bei Versicherungsbeginn oder Beitragsanpassung das jeweils vollendete Lebensjahr. Wird mit Vollendung des 68. Lebensjahrs die nächste Beitragsaltersgruppe erreicht, ist ab dem darauffolgenden Monatsersten der dann für diese Beitragsaltersgruppe gültige Beitrag zu zahlen.

3 Ergänzungen zu den Musterbedingungen (MB/KK 2009)

- 3.1 Zu § 1 Abs. 4 MB/KK 2009: Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
Abweichend von § 1 Abs. 4 MB/KK 2009 besteht der Versicherungsschutz auch während der gesamten Dauer eines Aufenthalts im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung.
- 3.2 Zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009: Umfang der Leistungen bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland
Der Versicherer leistet bei Verlegung des Wohnsitzes innerhalb Europas im tariflichen Umfang, solange die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit weiterhin erfüllt sind.
- 3.3 Zu § 2 Abs. 1 MB/KK 2009: Beginn des Versicherungsschutzes
Abweichend von § 2 Abs. 1 MB/KK 2009 leistet der Versicherer auch für Versicherungsfälle, die vor dem Versicherungsbeginn eingetreten sind. Leistungspflicht besteht ausschließlich für den Teil des Versicherungsfalls, der in die Zeit ab Versicherungsbeginn fällt.
- 3.4 Zu § 3 MB/KK 2009: Wartezeiten
Der Versicherer verzichtet auf Wartezeiten.
- 3.5 Zu § 4 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009: Ambulante Heilbehandlung in medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern
Die versicherte Person kann auch unter approbierten Ärzten mit

8 Gesundheitsangebote

Der Versicherer erstattet Aufwendungen für Gesundheitsangebote, die online über die Internetseite des Versicherers www.debeka.de/bkkplus gebucht werden können. Voraussetzung für die Erstattung ist die Teilnahme am Gesundheitsangebot. Auf Anfrage des Versicherers ist ein entsprechender Nachweis über die Teilnahme vorzulegen. Die online angebotenen Gesundheitsangebote können variieren.

Andere Gesundheitsangebote erstattet der Versicherer nicht.

Anmerkungen zu den Nummern 3 und 5

Von den Gebührenordnungen abweichende Vergütungen (zum Beispiel, wenn Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütungen fehlen) und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen erstattet der Versicherer nicht.

der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ und/oder „Akupunktur“ und/oder „Homöopathie“ wählen, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) oder Krankenhaus tätig sind. Voraussetzung ist, dass sie auf der Grundlage der jeweils gültigen GOÄ abrechnen. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können auch von den in Satz 1 genannten behandelnden Ärzten verordnet werden.

- 3.6 Zu § 4 Abs. 3 MB/KK 2009: Arzneimittel
Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose, zu vermeiden.

Als Arzneimittel gelten nicht Geheimmittel (Mittel, deren Zusammensetzung nicht bekannt gegeben wird), Nähr-, Stärkungs- und Entfettungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze.

- 3.7 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. a MB/KK 2009: Kriegsereignisse
Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. a MB/KK 2009 leistet der Versicherer für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht sind. Die Einschränkung der Leistungspflicht für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind, bleibt hiervon unberührt.

Aufwendungen, die durch Terrorakte, innere Unruhen oder kriegerische Handlungen verursacht sind, werden im tariflichen Umfang erstattet.

- 3.8 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 einem wichtigen Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat.

- 3.9 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. e MB/KK 2009: Ambulante Heilbehandlung im Heilbad oder Kurort
Abweichend von § 5 Abs. 1 Buchst. e MB/KK 2009 leistet der Versicherer für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort.

- 3.10 Zu § 6 Abs. 1 MB/KK 2009: Nachweis der Aufwendungen
Die entstandenen Aufwendungen sind durch die Originalrechnungen nachzuweisen. Bei fremdsprachigen Rechnungen sind auf Verlangen amtlich beglaubigte Übersetzungen vorzulegen. Alle Belege müssen enthalten: Namen und Anschrift des Leistungserbringens, 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 Deutschland – 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 und – außer bei Kauf im Ausland – die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels angegeben sein.

Beteiligt sich ein anderer Leistungsträger an den Aufwendungen, sind Zweitbeschriften der Belege mit Leistungsvermerk erforderlich. Der Versicherer ist nur für die verbleibenden Aufwendungen leistungspflichtig. Leistungen der Debeka BKK sind immer vorrangig in Anspruch zu nehmen. Eine Leistungspflicht besteht nur, wenn ein Vorleistungsbescheid der Debeka BKK eingereicht wird.

3.11 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 genannten Zeitpunkt des Beginns des Versicherungsverhältnisses. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses beeinflussen nicht den Beginn und das Ende des Versicherungsjahres.

3.12 Zu § 8a MB/KK 2009: Beitragsberechnung

§ 8a Abs. 2 bis 4 MB/KK 2009 finden keine Anwendung.

3.13 Zu § 8b MB/KK 2009: Beitragsanpassung

§ 8b Abs. 1 MB/KK 2009 findet keine Anwendung. Es wird § 15 der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) sinngemäß angewandt.

3.14 Zu § 15 Abs. 3 MB/KK 2009: Verlegung des Wohnsitzes

§ 15 Abs. 3 MB/KK 2009 gilt bei Verlegung des Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland mit Ausnahme der in § 1 Abs. 5

MB/KK 2009 genannten Staaten.

3.15 Zu § 18 MB/KK 2009: Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich des Versicherungsbeitrags können vom Versicherer nur zum Beginn eines neuen Versicherungsjahres geändert werden. Die Änderung muss dem Versicherungsnehmer mit einer Frist von einem Monat zum Ende des alten Versicherungsjahres mitgeteilt werden. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

4 Dauer und Ende der Versicherung

Abweichend von § 13 MB/KK 2009 wird der Versicherungsvertrag für die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer zum Ende des Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten schriftlich gekündigt wird. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt und endet am 31.12. des folgenden Kalenderjahrs. Alle weiteren Versicherungsjahre sind mit dem Kalenderjahr gleich.

Die Versicherungsfähigkeit endet mit Ablauf des Kalenderjahrs, in dem die Debeka BKK dem Versicherer das Ende der Mitgliedschaft beziehungsweise der Familienversicherung meldet. Bei einem Widerruf der Zustimmung zum Datenaustausch endet die Versicherungsfähigkeit mit sofortiger Wirkung.