Debeka
Versichern und Bausparen

Debeka
Krankenversicherungsverein a. G.

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

## Tarif GA mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. Januar 2024 -

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

Mit 80 % werden nach Anrechnung etwaiger Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Regelungen verbleibende Aufwendungen nach Nr. 1 - 3 und, soweit sie insgesamt

| | |
|---|---|
| Männer<br>(zum Vollbeitrag Versicherte) | 175 EUR |
| Frauen<br>(zum Vollbeitrag Versicherte) | 180 EUR |
| Kinder und Jugendliche<br>(zum Kinder- oder Jugendlichenbeitrag Versicherte) | 205 EUR |

im Kalenderjahr übersteigen, nach Nr. 4 - 7 erstattet.

Sieht die gesetzliche Krankenversicherung Leistungen vor, so sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen; gleiches gilt für Leistungen aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Regelungen. Sind die zustehenden Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so werden sie gleichwohl berücksichtigt und es sind nur darüber hinausgehende Aufwendungen erstattungsfähig.

1. Ambulante Heilbehandlung durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für solche ärztliche Leistungen, die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung aufgeführt sind.

Nicht erstattet werden von der GOÄ abweichende Vergütungen (z. B. fehlende Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütungen) und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen.

2. Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker, höchstens jedoch 1.600 EUR im Kalenderjahr

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.

3. Brillen/Kontaktlinsen, höchstens jedoch zusammen 130 EUR im Kalenderjahr

Bei Personen ab dem 15. Lebensjahr werden Aufwendungen frühestens drei Jahre nach Kauf der letzten Brille bzw. der letzten Kontaktlinsen erstattet, innerhalb dieses 3-Jahreszeitraums nur bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

4. Hilfsmittel (außer Brillen/Kontaktlinsen nach Nr. 3), soweit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Regelungen nicht ausgeschlossen sind

5. Heilmittel (Heilbäder, Packungen, Kammern, Inhalationen, Massagen, Wärme- und Lichtbehandlungen, sonstige physikalische Therapie sowie Sprachheilbehandlung)

6. Fahrten und Transporte bei ambulanter Heilbehandlung zum und vom nächsten Arzt bei ärztlich bescheinigter krankheitsbedingter Gehunfähigkeit

7. Arzneien und Verbandmittel (einschließlich Rezeptgebühren und Zuzahlungen)

## III. Tarifbedingungen

### 1 Versicherungsfähigkeit

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

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

## 2 Beitragsfestsetzung

2.1 Als tarifliches Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr.

2.2 Kinder zahlen nach Vollendung des 15. Lebensjahres die Tarifbeiträge für Jugendliche. Jugendliche zahlen nach Vollendung des 20. Lebensjahres den niedrigsten Erwachsenenbeitrag.

## 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 § 2 Abs. 1 MB/KK 2009: Beginn des Versicherungsschutzes
Für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft wird ab Beginn des Versicherungsschutzes auch dann geleistet, wenn der Versicherungsfall schon vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist.

4.2 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.

4.3 Zu § 4 Abs. 3 MB/KK 2009: Arzneimittel
Als Arzneien gelten nicht Geheimmittel, Nähr-, Stärkungs- und Entfettungsmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer und Badezusätze.

4.4 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.

4.5 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. Die Belege müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der behandelten Krankheiten, Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und 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 Arznei- und Verbandmittel durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert sein.
Bei Zuzahlung für Arzneien und Verbandmittel sowie für Heilmittel reicht eine Quittung des Leistungserbringers über die Rezeptgebühr als Nachweis aus.

Eine zustehende Leistung durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder aufgrund von Rechtsvorschriften oder arbeitsvertraglichen Regelungen muss auf den Belegen betragsmäßig bescheinigt sein; dabei reichen auch Duplikatrechnungen als Belege aus.

4.6 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.

4.7 Zu § 8 Abs. 7 MB/KK 2009: Mahnkosten
Die Mahnkosten betragen für jede angemahnte Monatsrate 0,50 EUR.

4.8 Zu § 8 b MB/KK 2009: Beitragsanpassung
Ergibt die vorgesehene Gegenüberstellung der erforderlichen mit den 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 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.

Der Selbstbehalt nach Abschnitt II Nr. 4 - 7 wird bei einer Beitragsanpassung an die allgemeine Einkommensentwicklung angepasst. Der Selbstbehalt steigt in dem Maße wie der Verbraucherpreisindex für Deutschland (Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes). Der sich nach diesem Verfahren ergebende Selbstbehalt wird auf volle 5 EUR gerundet und gilt ab dem der Beitragsanpassung folgenden Kalenderjahr.

4.9 Zu § 14 Abs. 2 MB/KK 2009: Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht
Der Versicherer verzichtet 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.