

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

## Tarif HS-Comfort mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. März 2020 -

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.

### II. Versicherungsleistungen

#### A. Walleistungen

1. Der Versicherer erstattet 100 Prozent der Aufwendungen für Wahlleistungen bei einer stationären Krankenhausbehandlung und stationären Entbindung. Als Wahlleistungen gelten: Gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer, gesondert berechenbare ärztliche Behandlung.

Bei Wahl eines Einbettzimmers besteht Anspruch auf Erstattung der Aufwendungen, die bei Wahl eines Zweibettzimmers entstanden wären.

2. Nimmt die versicherte Person für die gesamte Dauer der stationären Krankenhausbehandlung keine Wahlleistungen in Anspruch, zahlt der Versicherer ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 50 Euro.

3. Bei teilstationärer Behandlung zahlt der Versicherer kein Krankenhaustagegeld nach Nummer 2.

#### B. Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

**Der Versicherer erstattet 20 Prozent der Aufwendungen für die Nummern 1 bis 9.**

1. Heil- und Kostenplan
2. konservierende Zahnbehandlung (zum Beispiel Inlays und Onlays) und chirurgische zahnärztliche Leistungen
3. Leistungen bei Zahnersatz: prothetische und implantologische Leistungen (Implantate einschließlich Implantatteile, knochen-aufbauende Maßnahmen und Knochenersatzmaterial), Kronen und Brücken einschließlich deren Verblendungen sowie Veneers, Prothesen
4. zahnärztliche Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums
5. zahnärztliche Strahlendiagnostik
6. kieferorthopädische Leistungen (Kieferregulierungen)
7. zahnärztliche prophylaktische Leistungen nach Abschnitt B der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), professionelle Zahnreinigung bis zu zweimal im Kalenderjahr
8. funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
9. nach der GOZ besonders berechenbare Material- und Laborkosten und besonders berechenbare Praxiskosten bei Leistungen nach den Nummern 2 bis 8

In dem Jahr des Versicherungsbeginns nach diesem Tarif und in dem darauffolgenden Kalenderjahr erstattet der Versicherer pro versicherte Person jeweils bis zu insgesamt 250 Euro; nach Ablauf des zweiten Kalenderjahres entfällt diese Begrenzung. Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden. Die Begrenzung gilt nicht für unfallbedingte Aufwendungen. Bei unmittelbarem Übertritt aus einem Tarif des Versicherers mit Zahnleistungen wird die Versicherungszeit angerechnet.

#### C. Heilpraktiker

Der Versicherer erstattet 90 Prozent der Aufwendungen für Leistungen durch Heilpraktiker. Die hierdurch entstehende Selbstbeteiligung von 10 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen bleibt auf 400 Euro begrenzt. Darüber hinaus werden die Aufwendungen mit 100 Prozent erstattet. Die Selbstbeteiligung und die Erhöhung des Erstattungssatzes gelten pro versicherte Person und Kalenderjahr. Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden. Maßgeblich ist das Datum der Behandlung oder des Bezugs von Arzneimitteln.

Die maximale Selbstbeteiligung von 400 Euro wird unter den Voraussetzungen nach Abschnitt III Nr. 4.18 angepasst.

#### D. Auslandsreise und Studium im Ausland

Aufwendungen für die Nummern 1 bis 4 werden mit 100 Prozent erstattet.

Der Versicherer erstattet Aufwendungen bei Reisen und Studium im Ausland für:

1. ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung
2. den Rücktransport zum ständigen Wohnsitz der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland oder zu einem diesem Wohnsitz nächstgelegenen Krankenhaus, das grundsätzlich zur Behandlung geeignet ist, wenn
  - der Rücktransport medizinisch sinnvoll und vertretbar ist oder
  - die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder

- nach ärztlicher Prognose eine stationäre Behandlung länger als 14 Tage dauern würde
3. eine Überführung bei Tod einer versicherten Person
  4. die Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistungen, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wären

Als Ausland gilt das Gebiet außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

#### Anmerkung zu A, B und C

1. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, die der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und der GOZ in den jeweils gültigen Fassungen entsprechen.

Von den Gebührenordnungen abweichende Vergütungen (zum Beispiel, wenn Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütun-

gen fehlen) und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen erstattet der Versicherer nicht.

2. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikern, die dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) in der jeweils gültigen Fassung entsprechen. Vergütungen, die die Sätze des GebüH überschreiten, erstattet der Versicherer nicht.

3. Für Leistungen, die nicht der GOÄ, oder der GOZ oder dem GebüH entsprechen, kann der Versicherer freiwillige Leistungen erbringen.

4. Sofern ein Beitragszuschlag aufgrund Verlegung des Wohnsitzes nach Abschnitt III Nr. 4.2 oder 4.20 in ein Land mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten vereinbart wurde, leistet der Versicherer unabhängig vom Leistungsrahmen der GOÄ, der GOZ und dem GebüH.

### III. Tarifbedingungen

#### 1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Voraussetzung für die Versicherung nach Tarif HS-Comfort ist das Bestehen oder der gleichzeitige Abschluss einer Versicherung nach dem Tarif HS (Hauptversicherung).

Wenn der Leistungsanspruch der dazugehörigen Hauptversicherung wegen Nichtzahlung des Beitrags nach § 193 Abs. 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) ruht, endet die Versicherungsfähigkeit nach Tarif HS-Comfort.

Nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach diesem Tarif wird die Versicherung nach den Tarifen N und NC zu dem dann gültigen Beitrag ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten weitergeführt.

Der Wechsel wird zum 1. des Monats vorgenommen, der auf den Wegfall der Versicherungsfähigkeit folgt. Der Versicherungsnehmer hat das Recht, das Versicherungsverhältnis für die betroffenen versicherten Personen innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens zu kündigen.

Der Versicherer kann die Aufnahme von besonderen Bedingungen abhängig machen.

#### 2 Tarifliches Lebensalter bei der Beitragsfestsetzung

Zur Berechnung der Beiträge gilt als tarifliches Lebensalter bei Versicherungsbeginn, Änderung oder Beitragsanpassung das jeweils vollendete Lebensjahr. Wird mit Vollendung eines Lebensjahres die nächste Beitragsaltersgruppe erreicht, ist vom darauffolgenden Monatsersten an der dann für diese Beitragsaltersgruppe gültige Beitrag zu zahlen.

#### 3 Leistungsanpassung

Dieser Versicherungsschutz sichert durch die prozentuale Kostenerstattung eine automatische Anpassung der Leistungen an steigende Behandlungskosten, ohne dass für die höheren Leistungen neue Wartezeiten abzuleisten oder Risikozuschläge für während der Versicherungsdauer aufgetretene Krankheiten zu zahlen sind.

#### 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 besteht der Versicherungsschutz auch während der gesamten Dauer eines Aufenthalts im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung.

4.2 Zu § 1 Abs. 5 MB/KK 2009: Umfang der Leistungen bei Verlegung des Wohnsitzes ins Ausland

Bei Verlegung des Wohnsitzes innerhalb Europas leistet der Versicherer im tariflichen Umfang. Handelt es sich dabei um Länder mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten, kann der Versicherer Beitragszuschläge erheben. Der Versicherer erstattet dann unabhängig vom Leistungsrahmen deutscher Gebührenordnungen (Abschnitt II Anmerkung zu A, B und C).

4.3 Zu § 1 Abs. 6 MB/KK 2009: Wechsel in Zusatztarife zur gesetzlichen Krankenversicherung

Wird das Versicherungsverhältnis aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht nach § 13 Abs. 3 MB/KK 2009 gekündigt, kann der Versicherungsnehmer die Umstellung in Zusatztarife zur gesetzlichen Krankenversicherung, die nach Art der Lebensversicherung kalkuliert sind, zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherungspflicht verlangen, wenn ein entsprechender Antrag binnen drei Monaten nach diesem Zeitpunkt beim Versicherer eingeht.

4.4 Zu § 2 Abs. 1 und § 3 MB/KK 2009: Beginn des Versicherungsschutzes und Wartezeiten bei Vertragsänderungen

Bei einem Übertritt aus einem Krankheitskostenvolltarif des Versicherers wird die bisherige Versicherungsdauer auf die Wartezeiten angerechnet. Im Übrigen gelten die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes und über die Wartezeiten entsprechend.

Für Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und Entbindung leistet der Versicherer ab Beginn des Versicherungsschutzes auch dann, wenn der Versicherungsfall schon vor diesem Zeitpunkt eingetreten ist.

4.5 Zu § 2 Abs. 2 MB/KK 2009: Kindernachversicherung

Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil beim Versicherer versichert ist. Die dreimonatige Mindestversicherungsdauer für ein Elternteil muss dann nicht erfüllt sein. Dies gilt nicht, wenn für das Neugeborene ein Anspruch auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 10 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) besteht.

4.6 Zu § 2 Abs. 3 MB/KK 2009: Adoption von Kindern

Abweichend von § 2 Abs. 3 MB/KK 2009 verzichtet der Versicherer auf die Vereinbarung eines Risikozuschlags.

4.7 Zu § 3 MB/KK 2009: Wartezeiten

Die in § 3 MB/KK 2009 vorgesehenen Wartezeiten werden erlassen.

4.8 Zu § 4 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009: Ambulante Heilbehandlung in medizinischen Versorgungszentren und Krankenhäusern  
Der versicherten Person steht auch die Wahl unter approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (§ 95 Abs. 1 SGB V) oder Krankenhaus tätig sind, wenn auf der Grundlage der jeweils gültigen GOÄ beziehungsweise GOZ abgerechnet wird. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel können auch von den in Satz 1 genannten behandelnden Ärzten und Zahnärzten verordnet werden.

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

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

4.10 Zu § 4 Abs. 4 MB/KK 2009: Krankenhäuser  
Zu den öffentlichen und privaten Krankenhäusern zählen auch Bundeswehrkrankenhäuser.

4.11 Zu § 4 Abs. 5 Satz 1 MB/KK 2009: Gemischte Krankenanstalten  
Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in gemischten Krankenanstalten verzichtet der Versicherer auf die vorherige schriftliche Zusage. Aufwendungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlung erstattet der Versicherer nicht.

4.12 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.

4.13 Zu § 5 Abs. 1 Buchst. b MB/KK 2009: Leistungen bei Entgiftungsbehandlungen  
Aufwendungen für medizinisch notwendige Entgiftungsbehandlungen erstattet der Versicherer nach Abschnitt II Buchstabe A und D.

4.14 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 Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat.

4.15 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. Aufwendungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlung erstattet der Versicherer nicht.

4.16 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 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. Bei stationärer Krankenhausbehandlung ist die Art der Unterkunft (Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer) beziehungsweise die aufgesuchte Krankenhauspflegeklasse nachzuweisen. Auf den Rezepten muss der Preis für die bezogenen Arzneimittel durch Stempelaufdruck der Apotheke mit Datumsangabe quittiert und – außer bei Kauf im Ausland – die Pharmazentralnummer des verordneten Arzneimittels sowie das Apothekenkennzeichen (IK-Nummer) angegeben sein. Bei Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der daran vorgenommenen Behandlung enthalten. Die besonders berechneten zahntechnischen Leistungen sowie die besonders berechneten Praxiskosten müssen aus den Belegen ersichtlich sein.

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

4.17 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 beeinflussen Beginn und Ende des Versicherungsjahres nicht.

4.18 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 Prozent, so überprüft der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit und passt sie, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders an. Bei einer Abweichung von mehr als 5 Prozent kann der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit überprüfen und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders anpassen. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch die maximale Selbstbeteiligung nach Abschnitt II Buchstabe C an die tatsächliche Kostenentwicklung entsprechend des Verbraucherpreisindex für Deutschland (Veröffentlichungen des Statistischen Bundesamtes) angepasst werden. Dabei wird die Veränderung des Verbraucherpreisindex seit der Einführung des Tarifs beziehungsweise seit der letzten Änderung der maximalen Selbstbeteiligung zugrunde gelegt. Diese wird auf volle 100 Euro abgerundet. Hierbei gilt die in § 193 Abs. 3 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) vorgesehene Höchstbegrenzung.

4.19 Zu § 9 Abs. 1 MB/KK 2009: Anzeigepflicht bei Krankenhausbehandlungen  
Der Versicherer verzichtet auf die Anzeigepflicht der Krankenhausbehandlung.

4.20 Zu § 15 Abs. 3 MB/KK 2009: Verlegung des Wohnsitzes  
Verlegt die versicherte Person ihren Wohnsitz ins außereuropäische Ausland (mit Ausnahme der in § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 genannten Staaten) gilt die Vertragsbestimmung nach § 15 Abs. 3 MB/KK 2009. Bei Verlegung des Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland kann der Versicherungsschutz unter folgenden Voraussetzungen fortgeführt werden:

1. Der Versicherungsnehmer hat innerhalb von drei Monaten nach Verlegung des Wohnsitzes ins außereuropäische Ausland den Versicherer hierüber zu unterrichten.
2. Das Konto und die Korrespondenzadresse müssen in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz liegen.

3. Der Versicherer kann bei Verlegung des Wohnsitzes in Länder mit deutlich höheren durchschnittlichen Gesundheitskosten Beitragszuschläge erheben und erstattet dann unabhängig vom Leistungsrahmen deutscher Gebührenordnungen (Abschnitt II Anmerkung zu A, B und C).

## **5 Ende der Versicherung**

Unabhängig von den Regelungen in §§ 13 bis 15 MB/KK 2009 endet die Versicherung nach Tarif HS-Comfort, wenn die Hauptversicherung beendet wird oder wenn der Versicherer nach § 193 Abs. 6 Satz 4 VVG wegen Nichtzahlung des Beitrags das Ruhen des Vertrages der bestehenden Hauptversicherung festgestellt hat.