

# Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

## Tarif EA mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. Januar 2017-

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

**Aufwendungen für die Nummern 1 bis 3 werden bis zu den betragsmäßigen Leistungsbegrenzungen mit 80 % erstattet. Die betragsmäßigen Leistungsbegrenzungen gelten je versicherte Person und Kalenderjahr. Maßgebender Zeitpunkt ist das Datum der Behandlung oder des Bezugs von Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln.**

Die tarifliche Erstattung ist zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Leistungen nach anderen Versicherungstarifen oder von sonstigen Leistungsträgern auf 100 % des Rechnungsbetrags begrenzt.

#### **1 Ambulante Heilbehandlung durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ und/oder „Akupunktur“ und/oder „Homöopathie“ oder durch Heilpraktiker**

Der Versicherer erstattet Aufwendungen bis zu 500 Euro je Kalenderjahr insgesamt für die Nummern 1.1 und 1.2.

##### **1.1 Ambulante Heilbehandlung durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“ und/oder „Akupunktur“ und/oder „Homöopathie“**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die auf die Bereiche „Naturheilverfahren“, „Akupunktur“ und „Homöopathie“ 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 Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker**

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 insgesamt 100 Euro je Kalenderjahr.

### **3 Hilfsmittel, Heilmittel, Fahrten und Transporte, Arznei- und Verbandmittel**

Der Versicherer erstattet Aufwendungen bis zu 100 Euro je Kalenderjahr insgesamt für die Nummern 3.1 bis 3.4:

#### **3.1 Hilfsmittel** (außer Sehhilfen nach Nummer 2), soweit Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ausgeschlossen sind.

**3.2 Heilmittel** (Heilbäder, Packungen, Kammern, Inhalationen, Massagen, Wärme- und Lichtbehandlungen, sonstige physikalische Therapie sowie Sprachheilbehandlung). Heilmittel müssen von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet und von einem staatlich geprüften Angehörigen eines Gesundheitsberufes beziehungsweise Heilhilfsberufes angewandt werden.

**3.3 Fahrten und Transporte** bei ambulanter Heilbehandlung zum und vom nächsten grundsätzlich zur Behandlung geeigneten Arzt bei ärztlich bescheinigter krankheits- oder unfallbedingter Gehunfähigkeit.

#### **3.4 Arznei- und Verbandmittel**

### III. Tarifbedingungen

#### **1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit**

Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind oder über eine gleichartige Absicherung eines deutschen Leistungsträgers verfügen.

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

## 2 Tarifliches Lebensalter bei der Beitragsfestsetzung

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

2.2 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 ist vom folgenden Monatsersten an der dann gültige niedrigste Erwachsenenbeitrag zu zahlen.

## 3 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter

Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter schreibt der Versicherer der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge jährlich zu. Die Zuschreibung wird nach den Vorschriften des VAG vorgenommen 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 besteht der Versicherungsschutz auch während der gesamten Dauer eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung.

4.2 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.

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

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

4.5 Zu § 4 Abs. 3 MB/KK 2009: Arzneimittel

Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, 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.

4.6 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.

4.7 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.

4.8 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.

4.9 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.

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 Zweitschriften der Belege mit Leistungsvermerk erforderlich. Der Versicherer ist nur für die verbleibenden Aufwendungen leistungspflichtig.

4.10 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.

4.11 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 überprüft der Versicherer alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit und passt sie, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders an. Bei einer Abweichung 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.

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

Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

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

Die Vertragsbestimmung nach § 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.

## 5 Ende der Versicherung

Unabhängig von den Regelungen in den §§ 13 bis 15 MB/KK 2009 endet die Versicherung mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit.