

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil II

Tarif GKV55plus mit Tarifbedingungen

- Stand: 1. Januar 2022 -

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

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

Der Beitrag beträgt für Männer 10,97 EUR und für Frauen 10,95 EUR.

In den Beiträgen dieses Tarifs ist kein Anteil für die Bildung einer Alterungsrückstellung gemäß § 1 Abs. 6, § 8a Abs. 2 und § 13 Abs. 4 MB/KK 2009 enthalten.

Beitragsanpassungen richten sich nach § 8b MB/KK 2009 in Verbindung mit Abschnitt III Nr. 2.9.

II. Versicherungsleistungen

A Anmerkungen zum tariflichen Leistungsrahmen der Nummern 1 bis 4

Der Versicherer erstattet nach Maßgabe des Versicherungsvertrages im Versicherungsfall die nachgewiesenen Aufwendungen im nachfolgenden Umfang. Hierbei gelten die Aufwendungen nach Nummern 1, 3 und 4 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 Kalenderjahr erstattet. Voraussetzung ist die schriftliche Verordnung eines Augenarztes.

3 Vom Arzt verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneien

Mit 70 % werden Aufwendungen für vom Arzt verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneien 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 Badezusätze.

4 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.
- 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

III. Tarifbedingungen

1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen ab Vollendung des 55. Lebensjahres, 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 Ergänzungen zu den Musterbedingungen (MB/KK 2009)

- 2.1 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.
- 2.2 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.
- 2.3 Zu § 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009: Wartezeitverzicht
Bei Versicherungsleistungen nach Abschnitt II B Nr. 4 verzichtet der Versicherer auf die Wartezeiten.
- 2.4 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.
- 2.5 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.
- 2.6 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 In-

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.

land – 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.

2.7 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.

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

2.9 Zu § 8 b 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 technischen 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 3 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. Bei der Berechnung der Beiträge wird die vom Bundesministerium für Finanzen nach § 160 VAG erlassene KVAV sinngemäß angewandt. Hierbei wird berücksichtigt, dass dieser Tarif nicht nach Art der Lebensversicherung kalkuliert ist, das heißt insbesondere ohne Altersrückstellung.

- 2.10 Zu § 14 Abs. 2 MB/KK 2009: Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht
Der Versicherer verzichtet gegenüber dem Versicherungsnehmer auf das ordentliche Kündigungsrecht.

3 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 Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit.