



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung (KV326_202105)

Teil III Tarife

Tarif TOP für ambulante und stationäre Heilbehandlung sowie für zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz

Gültig in Verbindung mit

Teil I Musterbedingungen (MB/KK) und

Teil II Tarifbedingungen der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Personen- und Funktionsbezeichnungen stehen für alle Geschlechter gleichermaßen.

1. Selbstbehalt

Von den unter 2. genannten Versicherungsleistungen wird ein Selbstbehalt von 306,00 EUR pro Person und Kalenderjahr abgezogen. Die Aufwendungen sind jeweils dem Kalenderjahr zuzurechnen, in dem die Behandlung erfolgte bzw. die Arznei- und Hilfsmittel bezogen wurden.

Beginnt die Versicherung während des zweiten Quartals eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich für das erste Kalenderjahr der Selbstbehalt um ein Viertel, bei Beginn im dritten oder vierten Quartal jeweils um ein weiteres Viertel. Entsprechendes gilt bei erstmaliger Vereinbarung oder Erhöhung eines Selbstbehaltes während eines Kalenderjahres. Bei einer Reduzierung des Selbstbehaltes gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel der jeweils vereinbarte Selbstbehalt ungekürzt. Ein für das Kalenderjahr bereits getragener Selbstbehalt wird auf den neuen Selbstbehalt angerechnet. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

2. Versicherungsleistungen

2.1 Ambulante Heilbehandlung

Aufwendungen für ärztliche Leistungen (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe a AVB) werden bis zu den Regelhöchstätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet.

Aufwendungen für Leistungen von Heilpraktikern werden abweichend von § 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe b AVB bis zum Mindestsatz des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattet.

Aufwendungen für Schutzimpfungen werden gemäß § 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe c AVB erstattet, wobei Impfstoffe unter die Regelung für Arzneimittel (s. u.) fallen.

Erstattungsfähige Aufwendungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstaben d, e, f AVB) werden bis zu einem Betrag von 2.045,00 EUR pro Person und Versicherungsjahr zu 80 % ersetzt. Liegen diese Aufwendungen pro Person und Versicherungsjahr über 2.045,00 EUR, so wird der Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen, der 2.045,00 EUR übersteigt, zu 100 % ersetzt. Im Rahmen dieser Regelung sind auch Aufwendungen für orthopädische Schuhe mit ärztlicher Verordnung nach Abzug eines Eigenanteils von 102,00 EUR für ein Paar pro Jahr erstattungsfähig. Als Hilfsmittel gelten auch Krankenfahrstühle, wobei die erstattungsfähigen Aufwendungen hierfür auf 1.700,00 EUR begrenzt sind. Brillengläser und Kontaktlinsen fallen nicht unter obige Regelung für Hilfsmittel. Für sie gilt folgende abweichende Festlegung.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) werden bis maximal 170,00 EUR zu 100 % ersetzt. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht erst nach Ablauf von 24 Monaten.

Bei Hausentbindungen kann abweichend von § 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe g AVB nicht die Zahlung einer Pauschale anstelle der Kostenerstattung gewählt werden.

Aufwendungen für Psychotherapie sind unter den in § 4 Teil II Abs. 1 AVB genannten Voraussetzungen erstattungsfähig. Abweichend von § 4 Teil II Abs. 1 AVB werden sie höchstens für 20 Behandlungen bzw. bei stationärem Krankenhausaufenthalt für 20 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet.

Abweichend von § 1 Teil II Abs. 1 AVB sind Aufwendungen für ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nur erstattungsfähig, sofern diese nach gesetzlich eingeführten Programmen durchgeführt wurden (gezielte Vorsorgeuntersuchungen).

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Kuren. § 5 Teil II Abs. 3 AVB wird abbedungen.

2.2 Stationäre Heilbehandlung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstaben k und m AVB) werden zu 100 % ersetzt. Aufwendungen für gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes werden bis zu den Regelhöchstätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet, wenn sie im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen anfallen (siehe § 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe k).

Die Erstattung von Aufwendungen für Wahlleistungen kann durch den Abschluss eines Stationärsatztarifs versichert werden. § 2 Teil II Abs. 1 Satz 3 AVB gilt in diesem Fall nicht.

2.3 Zahnärztliche Behandlung und Zahnersatz

Die Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sind bis zu den Regelhöchstätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe n AVB) werden zu 100 % ersetzt. Für Inlay-Behandlungen gilt jedoch der Erstattungssatz für Zahnersatz.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz, Kieferorthopädie und Inlay-Behandlungen werden zu 60 % ersetzt.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie (§ 4 Teil II Abs. 1 Buchstabe o AVB) sowie für Inlay-Behandlungen sind in den ersten fünf Versicherungsjahren pro versicherte Person und Versicherungsjahr auf folgende Beträge begrenzt:

512,00 EUR im ersten Versicherungsjahr
1.023,00 EUR im zweiten Versicherungsjahr
1.534,00 EUR im dritten Versicherungsjahr
2.046,00 EUR im vierten Versicherungsjahr
2.557,00 EUR im fünften Versicherungsjahr

Die Begrenzungen besagen, dass bei der Errechnung der Versicherungsleistung von höchstens den genannten Beträgen ausgegangen wird. Hiervon ausgehend beträgt der Erstattungssatz 60 %. Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden. Vom sechsten Versicherungsjahr an gelten obige Begrenzungen nicht mehr. Diese Begrenzungen entfallen für solche erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Übersteigt bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Inlay-Behandlungen der zu erwartende Gesamtrechnungsbetrag 2.500,00 EUR, so soll dem Versicherer rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan eingereicht werden, damit dem Versicherungsnehmer vor Behandlungsbeginn der Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen mitgeteilt werden kann. Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans übernimmt der Versicherer zu 100 %.

Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.

3. Umstellungsoption

Bei einer Umstellung des Tarifs TOP in einen höherwertigen Versicherungsschutz verzichtet der Versicherer auf eine erneute Gesundheitsprüfung und erneute Wartezeiten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes (vgl. § 3 Teil I Abs. 6 AVB), wenn folgende Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sind:

- Vor Abschluss des Tarifs TOP bestand beim Versicherer keine Krankheitskosten-Vollversicherung.



- Die Erhöhung des Versicherungsschutzes tritt genau zu Beginn des vierten Versicherungsjahres nach dem erstmaligen Abschluss des Tarifs TOP in Kraft.
- Der Antrag auf Erhöhung des Versicherungsschutzes liegt dem Versicherer spätestens einen Monat vor Ablauf des dritten Versicherungsjahres nach dem erstmaligen Abschluss des Tarifs TOP vor.

Diese Umstellungsoption gilt nicht für Umstellungen, die zu einem anderen Zeitpunkt als zu Beginn des vierten Versicherungsjahres nach dem erstmaligen Abschluss des Tarifs TOP in Kraft treten. Der Umwandlungsanspruch gemäß § 1 Teil I Abs. 6 AVB bleibt unberührt. Beitragszuschläge, die bereits für den Tarif TOP vereinbart waren, werden gemäß § 8 a Teil I Abs. 4 AVB bei einer Umstellung in einen höherwertigen Versicherungsschutz entsprechend erhöht.

Für Personen, die nach den Bestimmungen für die Kindernachversicherung gemäß § 2 Teil I Abs. 2 und 3 AVB nach Tarif TOP versichert wurden, besteht die Umstellungsoption nur, soweit der Versicherungsschutz durch die Umstellung nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils wird.

4. Monatsbeiträge

Es gelten die im Versicherungsschein ausgewiesenen Beiträge. Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem Geschlecht und dem erreichten Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter). Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß § 8 a der AVB Rechnung getragen.

Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, die für Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Mit dem der Vollendung des 16. Lebensjahres folgenden Monat ist der dann gültige Jugendlichenbeitrag und mit dem der Vollendung des 21. Lebensjahres folgenden Monat der dann gültige Erwachsenenbeitrag (Eintrittsalter 21) des jeweiligen Geschlechts zu zahlen.