

Krankheitskostenteilversicherung

Teil III

Ambulanter Zusatzschutz: Tarif Ambulant Basic

Inhalt

1 Allgemeine Regelungen

- 1.1 Welche Vertragsgrundlagen gelten für diesen Tarif?
- 1.2 Art der Versicherung
- 1.3 Wer kann versichert werden?

2 Unsere Leistungen

- 2.1 Allgemeine Regelungen
- 2.2 Welche Vorteile haben Sie bei der Nutzung eines Gesundheitspartners?
- 2.3 Was leisten wir für Sehhilfen und operative Korrekturen der Sehschärfe?
- 2.4 Was leisten wir für Behandlungen durch Heilpraktiker oder bei Naturheilverfahren?
- 2.5 Was leisten wir für verordnete Arzneimittel bei Behandlungen durch Heilpraktiker oder bei Naturheilverfahren?
- 2.6 Was leisten wir für Zuzahlungen bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Fahrtkosten?
- 2.7 Was leisten wir für Schutzimpfungen?
- 2.8 Was leisten wir für Behandlungen bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland?

3 Wie sind die Wartezeiten geregelt?

4 Unsere Services

- 4.1 Serviceleistungen bei Auslandsreisen
- 4.2 Unterstützung

5 Beiträge

6 Glossar

1 Allgemeine Regelungen

1.1 Welche Vertragsgrundlagen gelten für diesen Tarif?

Grundlage für Ihren Versicherungsschutz sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung. Diese bestehen aus:

- Teil I Musterbedingungen (MB/KK 2009) und
- Teil II Allgemeine Tarifbedingungen der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung

Die Teile I und II gelten, soweit sie nicht durch die Bestimmungen des Teils III ergänzt oder geändert werden.

- Teil III Tarifbedingungen des Tarifs Ambulant Basic.
Der Teil III liegt Ihnen hier vor.

Für Leistungen der Ziffer 2.8 gelten die beiliegenden „Zusatzbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung“.

1.2 Art der Versicherung

Es handelt sich um eine ambulante Zusatzversicherung. Sie ergänzt die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Für Empfänger der Heilfürsorge tritt an Stelle der GKV-Leistung die Leistung der Heilfürsorge. Soweit in diesen Bedingungen von GKV bzw. Leistungen der GKV gesprochen wird, sind hiervon auch die Empfänger der Heilfürsorge betroffen.

Wir bieten Versicherungsschutz für:

- Sehhilfen und operative Korrekturen der Sehschärfe,
- Behandlungen durch Heilpraktiker und bei Naturheilverfahren,
- verordnete Arzneimittel bei Behandlungen durch Heilpraktiker oder bei Naturheilverfahren,
- Zuzahlungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, Fahrtkosten,
- Schutzimpfungen und
- krankheitsbedingte Aufwendungen und Rücktransporte bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland.

Die genauen Leistungen haben wir in Ziffer 2 beschrieben.

1.3 Wer kann versichert werden?

Sie können sich versichern, wenn Sie Anspruch auf Leistungen einer deutschen GKV haben oder Empfänger der Heilfürsorge sind.

Wenn diese Eigenschaft wegfällt, endet das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Wenn die Voraussetzung wegfällt, müssen Sie uns das unverzüglich in Textform mitteilen.

2 Unsere Leistungen

2.1 Allgemeine Regelungen

Die Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach den jeweils gültigen Gebührenordnungen berechnet werden. Für ärztliche Leistungen ist das die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und für Heilpraktikerleistungen das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH).

Wir übernehmen die Leistungen bis zu den jeweiligen Höchstsätzen der Gebührenordnung bzw. des Gebührenverzeichnisses. Für die GOÄ handelt es sich um Höchstsätze im Sinne des § 5 der Gebührenordnung.

Die Aufwendungen rechnen wir jeweils dem Kalenderjahr zu, in dem die Behandlung erfolgte. Bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln gilt das Bezugsdatum. Bei Laborleistungen gilt das Datum, an dem die Laborleistung erbracht wurde.

Wenn sich Ihre GKV an einer der Tarifleistungen beteiligt, müssen Sie uns die Höhe der GKV-Leistung nachweisen. Unsere Erstattung ist dann maximal die Differenz zwischen den Gesamtkosten und der GKV-Leistung.

2.2 Welche Vorteile haben Sie bei der Nutzung eines Gesundheitspartners?

Gesundheitspartner der Versicherer im Raum der Kirchen Krankenversicherung bzw. einer Tochtergesellschaft der HUK-COBURG stehen für eine medizinisch hochwertige und kostengünstige Versorgung der Kunden. Die regionale Verteilung der Gesundheitspartner ist unterschiedlich ausgeprägt. Die Adressen teilen wir gerne auf Anfrage mit. Sie sind darüber hinaus einsehbar unter www.vrk.de. Durch Inanspruchnahme dieser Gesundheitspartner kann sich der tarifliche Erstattungsanspruch (wie im Tarif genannt) erhöhen.

2.3 Was leisten wir für Sehhilfen und operative Korrekturen der Sehschärfe?

Wir leisten unabhängig von einer Sehstärkenveränderung **100 %** für

- medizinisch notwendige Sehhilfen und
- operative Korrekturen der Sehschärfe mittels Laser-Technologie (wie LASIK-Operation) oder Kunstlinsen-Operation.

Ihnen stehen hierfür pro Kalenderjahr **100 €** zur Verfügung.

Wenn Sie für ein Kalenderjahr keine Leistung in Anspruch nehmen, erhöht sich der Erstattungsanspruch im folgenden Kalenderjahr um 100 €. Nach 9 ununterbrochen leistungsfreien Kalenderjahren steigt der Erstattungsanspruch nicht mehr.

Wenn Sie für ein Kalenderjahr ausschließlich Leistungen für operative Korrekturen der Sehschärfe mittels Laser-Technologie oder Kunstlinsen-Operationen in Anspruch nehmen, steht Ihnen der doppelte Betrag zur Verfügung.

Wenn Sie einen unserer Gesundheitspartner in Anspruch nehmen, erhöht sich Ihr Erstattungsanspruch um 50 %. Der Erstattungsanspruch bei Nutzung eines Gesundheitspartners erhöht sich nur, wenn Sie in einem Kalenderjahr alle eingereichten Leistungen aus den in a) und b) genannten Bereichen von Gesundheitspartnern beziehen. Dabei muss es sich nicht um denselben Gesundheitspartner handeln.

Wenn Sie für ein Kalenderjahr Leistungen in Anspruch nehmen und den verfügbaren Betrag für das Kalenderjahr nicht vollständig ausschöpfen, können Sie den Restbetrag nicht auf das Folgejahr übertragen. Ein eventueller angesamelter Erstattungsanspruch aus leistungsfreien Vorjahren verfällt. Im folgenden Kalenderjahr stehen Ihnen wieder 100 € zur Verfügung.

Kosten für Reinigungs- und Pflegemittel sind nicht erstattungsfähig.

Die möglichen Erstattungshöhen haben wir Ihnen in den folgenden Tabellen dargestellt.

Erstattung, wenn Sie innerhalb eines Kalenderjahres entweder nur Leistungen für Sehhilfen oder Leistungen für Sehhilfen und operative Korrekturen in Anspruch nehmen:

Ununterbrochen leistungsfreie Kalenderjahre	Ohne Nutzung Gesundheitspartner	Mit Nutzung Gesundheitspartner
0	100 €	150 €
1	200 €	300 €
2	300 €	450 €
3	400 €	600 €
4	500 €	750 €
5	600 €	900 €
6	700 €	1.050 €
7	800 €	1.200 €
8	900 €	1.350 €
9	1.000 €	1.500 €

Erstattung, wenn Sie innerhalb eines Kalenderjahres ausschließlich Leistungen für operative Korrekturen in Anspruch nehmen:

Ununterbrochen leistungsfreie Kalenderjahre	Ohne Nutzung Gesundheitspartner	Mit Nutzung Gesundheitspartner
0	200 €	300 €
1	400 €	600 €
2	600 €	900 €
3	800 €	1.200 €
4	1.000 €	1.500 €
5	1.200 €	1.800 €
6	1.400 €	2.100 €
7	1.600 €	2.400 €
8	1.800 €	2.700 €
9	2.000 €	3.000 €

2.4 Was leisten wir für Behandlungen durch Heilpraktiker oder bei Naturheilverfahren?

Wir leisten **80 %** für

- ambulante Behandlungen (mit Ausnahme von Psychotherapie) und verordnete Verbandmittel durch Heilpraktiker und
- ambulante Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker, die von der GKV nicht übernommen werden, einschließlich der in diesem Zusammenhang verordneten Verbandmittel.

Für diese Leistungen erstatten wir insgesamt maximal **800 €** pro Kalenderjahr.

Die Erstattungspflicht für Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker beschränken wir auf folgende Maßnahmen aus dem „Hufeland-Verzeichnis“:

Akupunktur, Akupressur, Ausleitende Verfahren, Bioenergetische Medizin, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung, Homöopathie, Neuraltherapie, Osteopathie, Ozontherapie, Reflexzonenmassage, Sauerstoff-Therapie, Shiatsu.

Arzneimittel für Behandlungen durch Heilpraktiker oder bei Naturheilverfahren erhalten Sie ausschließlich nach Ziffer 2.5.

2.5 Was leisten wir für verordnete Arzneimittel bei Behandlungen durch Heilpraktiker oder bei Naturheilverfahren?

Wir leisten **80 %** für verordnete Arzneimittel bei Behandlungen durch Heilpraktiker oder Naturheilverfahren. Diese Arzneimittel müssen vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet werden.

Für diese Leistung erstatten wir insgesamt maximal **160 €** pro Kalenderjahr.

Als Arzneimittel gelten nicht Nahrungsmittel, Stärkungspräparate (z. B. Vitamine/Mineralstoffe), kosmetische Präparate, Potenz-, Verhütungs-, Gewichtsreduktions- und Haarwuchsmittel, Präparate zur Raucherentwöhnung, Lifestyle und Anti-Aging-Präparate sowie Mittel, die nicht zu einer gezielten Behandlung einer bestehenden Erkrankung eingesetzt werden.

Vom Arzt oder Heilpraktiker verordnete Vitamin-, Nähr- und Stärkungspräparate werden bei nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit zur Vermeidung lebensbedrohlicher schwerer gesundheitlicher Schäden, z. B. Morbus Crohn und Mukoviszidose oder während einer Schwangerschaft gezahlt.

2.6 Was leisten wir für Zuzahlungen bei Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Fahrtkosten?

Wir leisten **100 %** der Zuzahlungen im Sinne des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) für medizinisch notwendige

- a) Arzneimittel,
- b) Verbandmittel,
- c) Heilmittel (z. B. Krankengymnastik, Fango, Massage),
- d) Hilfsmittel (z. B. Hörgeräte, Bandagen, Einlagen) und
- e) Fahrtkosten

im Rahmen von ambulanten Behandlungen.

Für diese Leistungen erstatten wir insgesamt maximal **500 €** pro Kalenderjahr.

Zu den Zuzahlungen zählt auch die Ordnungsgebühr. Wir leisten nur, wenn die GKV ebenfalls Leistungen für diese Aufwendungen zur Verfügung stellt.

Leistungen für Sehhilfen erhalten Sie ausschließlich nach Ziffer 2.3.

2.7 Was leisten wir für Schutzimpfungen?

Wir leisten **100 %** für

- a) empfohlene Impfungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) der Bundesrepublik Deutschland,
- b) Impfungen auf Grund von Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes,
- c) Zeckenschutzimpfungen,
- d) Schutzimpfungen gegen Tollwut, Wundstarrkrampf, Diphtherie und Grippe und
- e) den Impfstoff für die Impfungen der Ziffern a) – d).

Für diese Leistungen erstatten wir insgesamt maximal **100 €** pro Kalenderjahr.

2.8 Was leisten wir für Behandlungen bei vorübergehenden Aufenthalten im Ausland?

Im Rahmen von Reisen ins Ausland haben Sie weltweit Versicherungsschutz für alle vorübergehenden Auslandsaufenthalte bis zu 42 Tage pro Auslandsaufenthalt.

Dieser Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des Auslandsaufenthaltes bzw. des Versicherungsverhältnisses.

Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus, haben Sie nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes Leistungsanspruch. Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise müssen Sie uns im Leistungsfall nachweisen.

Sie haben für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle über den vereinbarten Zeitraum hinaus Leistungsanspruch, solange Sie die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht antreten können.

Näheres zu u.a. Geltungsbereich und versicherten Leistungen regeln die beiliegenden „Zusatzbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung“.

3 Wie sind die Wartezeiten geregelt?

Die Wartezeiten für die Leistungen betragen 3 Monate. In dieser Zeit haben Sie keinen Anspruch auf Leistungen.

Die Wartezeiten entfallen bei Unfällen und für die Auslandsreisekrankenversicherung.

Die Regelungen zu den Wartezeiten finden Sie in § 3 Teil I und II der AVB.

4 Unsere Services

4.1 Serviceleistungen bei Auslandsreisen

Wir stellen Ihnen praktische Tipps zur gesunden Reise, zu Impfeempfehlungen, erster Hilfe, Arztauskunft und zum 24h-Kontakt zur Verfügung.

Im Versicherungsfall erbringen wir folgende Serviceleistungen:

- Telefonischer 24h-Kontakt an 365 Tagen,
- Vermittlung und Benennung von deutsch-/englischsprachigen Ärzten und Kliniken im Ausland,
- Kontaktvermittlung zwischen Ihrem Hausarzt und den behandelnden Krankenhausärzten,
- Information Ihrer Angehörigen,
- Kostenübernahme-Garantie und Direkt-Abrechnung bei stationären Aufenthalten und
- Organisation des Krankenrücktransports.

Näheres regeln die Zusatzbedingungen für die Auslandsreisekrankenversicherung.

4.2 Unterstützung

Wir unterstützen Sie mit einem vielfältigen Angebot im Leistungsfall und rund um Ihren Vertrag.

Nähere Informationen erhalten Sie unter www.vrk.de.

5 Beiträge

Der Tarif wird nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

Altersgruppe	Monatsbeitrag
0 bis 25 Jahre	12,87 €
26 bis 39 Jahre	18,90 €
Ab 40 Jahre	23,32 €

Für die Höhe der Erstbeiträge ist Ihr tatsächliches Alter am Tag vor dem Versicherungsbeginn ausschlaggebend. Der Beitrag richtet sich nach der Altersgruppe dieses Alters.

Während der Vertragslaufzeit verändert sich der Beitrag ab dem Monatsersten nach Ihrem 26. bzw. 40. Geburtstag. Sie müssen dann den Beitrag der jeweils erreichten, nächsthöheren Altersgruppe zahlen.

Eventuell vereinbarte Zuschläge (beispielsweise Risikozuschläge) sind hier noch nicht berücksichtigt.

Durch Beitragsanpassungen gemäß § 8 b der AVB können sich die genannten Beiträge verändern.

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem gültigen Versicherungsschein.

6 Glossar

Im folgenden Abschnitt erläutern wir verschiedene medizinische und in der Versicherung gebräuchliche Fachbegriffe. Das Glossar enthält keine Leistungsversprechen.

Alterungsrückstellungen

Als Alterungsrückstellungen werden Rücklagen in der privaten Krankenversicherung für die Absicherung von Altersrisiken bezeichnet.

Auswärtiges Amt

Das Auswärtige Amt bildet zusammen mit den Auslandsvertretungen den Auswärtigen Dienst. Das Auswärtige Amt veröffentlicht umfangreiche Informationen zu allen Staaten der Welt. Zum Beispiel Reise- und Sicherheitshinweise oder Reisewarnungen.

Nähere Informationen erhalten Sie unter der Internetadresse www.auswaertiges-amt.de

Bezugsdatum

Das ist das Datum, an dem Sie Ihre „Ware“ oder „Dienstleistung“ bezogen haben. Wenn Sie z. B. ein Arzneimittelrezept erhalten haben, ist das Bezugsdatum das Datum, an dem Sie das Medikament in der Apotheke geholt haben.

Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

Die GOÄ regelt die Abrechnung der ärztlichen Leistungen im Rahmen einer privatärztlichen Behandlung.

Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)

Die GebüH regelt die Abrechnung der Leistungen im Rahmen einer Behandlung durch den Heilpraktiker.

Heilmittel

Sie dienen zur Beseitigung und Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen und wirken überwiegend äußerlich auf den Körper ein, wie z. B. Massagen, Krankengymnastik, Ergotherapie oder Logopädie.

Hilfsmittel

Hilfsmittel gleichen körperliche und geistige Funktionseinschränkungen aus oder erfüllen therapeutische Zwecke, wie z. B. Alltagserleichterung durch Gehhilfen oder Hörgeräte.

Krankenversicherung nach Art der Schaden

Die Prämie wird auf Basis einer jährlichen Betrachtung berechnet und kalkuliert keine Alterungsrückstellungen ein.

Kunstlinsen-Operation

Bei einer Kunstlinsen-Operation wird die körpereigene trübe Linse durch eine klare Kunstlinse ersetzt. Die Sehkraft ist somit nicht mehr durch die Linsentrübung beeinträchtigt.

LASIK-Operation

Bei der LASIK-Operation wird durch Gewebeabtragung innerhalb der Hornhaut eine Änderung der Hornhautkrümmung erreicht und damit eine Fehlsichtigkeit ausgeglichen.

Naturheilverfahren

Naturheilverfahren sind Verfahren, die die Selbstheilungskräfte des Körpers unterstützen, wie z. B. Akupunktur oder Homöopathie.

Schutzimpfungen

Bei einer Schutzimpfung erfolgt die Gabe eines Impfstoffes mit dem Ziel, vor einer übertragbaren Krankheit zu schützen. Das Immunsystem soll somit gegen spezifische Stoffe aktiviert werden. Impfungen dienen also als vorbeugende Maßnahme gegen Infektionskrankheiten.

Schwebender Versicherungsfall

Ein schwebender Versicherungsfall liegt vor, wenn die Erkrankung festgestellt wurde, die versicherte Person ärztlich behandelt wird und die medizinisch notwendige Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

Textform

Das bedeutet, dass Sie eine Erklärung schriftlich abgeben müssen, aber - im Gegensatz zur Schriftform - keine eigenhändige Unterschrift notwendig ist, z. B. reicht ein Fax, eine SMS oder eine E-Mail.

Unfall

Ein Unfall ist ein plötzlich, von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, bei dem die versicherte Person unfreiwillig einen Schaden erleidet. Die häufigsten Unfälle sind z. B. Stürze, Verkehrs- und Sportunfälle.

Unverzüglich

Das bedeutet nicht unbedingt „sofort“, sondern „ohne schuldhaftes Zögern“.

Wartezeit

Als Wartezeit wird der Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn mit Beitragszahlung und Beginn des eigentlichen Versicherungsschutzes bezeichnet. Während der Wartezeit besteht kein Anspruch auf Leistungen.