

Krankheitskostenvollversicherung

Tarife 800, 801, 802, 810, 811, 812, 820, 821, 822

Tarif 790 für Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Tarif 795 Krankenhaustagegeldversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2009 (AVB 2009) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) des Verbandes der privaten Krankenversicherung
Teil II **Allgemeine Tarifbedingungen des MÜNCHENER VEREIN**

A. Leistungen des Versicherers

Ersetzt werden die erstattungsfähigen Aufwendungen, soweit sie im Versicherungsjahr je versicherte Person den tariflichen Selbstbehalt überschreiten. Der Selbstbehalt beträgt in EUR

	für Männer (ab Alter 21)	für Frauen (ab Alter 21)	für Kinder (Altersgruppe 0 – 15) und Jugendliche (Altersgruppe (16 – 20))
im Tarif 800	390	480	480
im Tarif 801	390	480	480
im Tarif 802	390	480	480
im Tarif 810	780	960	960
im Tarif 811	780	960	960
im Tarif 812	780	960	960
im Tarif 820	1.170	1440	1440
im Tarif 821	1.170	1440	1440
im Tarif 822	1.170	1440	1440

Für die Altersberechnung gilt § 8 a II Ziff. 2 der AVB entsprechend.

Tarife 800, 810, 820

1. Ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- ärztliche Leistungen, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze nicht überschreiten zu 100 %
 - Beratungen, Besuche, Sonderleistungen, Operationen, Wegegeld
- Transporte zur ambulanten Heilbehandlung, falls deren medizinische Notwendigkeit ärztlich bescheinigt wird zu 100 %
- die Inanspruchnahme einer Hebamme bei ambulanter Entbindung zu 100 %
- Arzneimittel und Verbandmaterial zu 100 %
 - Als solche gelten nicht Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, kosmetische und Desinfektionsmittel, Mineralwässer, auch wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind. Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.
- Heilmittel zu 80 %
 - Anwendungen des elektrischen Stromes, medizinische Bäder und Packungen, Inhalationen, Massagen.
- Hilfsmittel zu 80 %
 - Brillengläser, Kontaktlinsen; Brillenfassungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 105 EUR. Pro Versicherungsjahr kann entweder eine Brille oder ein Paar Kontaktlinsen bezogen werden.
 - Prothesen
 - Hör-, Geh- und Stützapparate
 - orthopädische Schuhe einmal im Versicherungsjahr
 - Gummistrümpfe, Leibbinden, Bruchbänder, Fußeinlagen
 - handgetriebene Krankenfahrstühle
- psychotherapeutische Behandlung zu 80 %
 - bis 30 Sitzungen im Versicherungsjahr
- Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen zu 100 %
- Impfungen zu 100 %

Bei ambulanten Kuren werden ärztliche Leistungen, Medikamente und Heilmittel mit den oben festgelegten Sätzen erstattet.

Bei einer Hausentbindung zusätzlich zur Kostenerstattung für ärztliche Leistungen und Hebamme eine Entbindungspauschale von 550 EUR

Der Selbstbehalt wird auf die Entbindungspauschale nicht angerechnet.

Keine Leistungen werden gewährt für Behandlungen und Verordnungen durch Heilpraktiker.

2. Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- Regelleistungen zu 100 %
 - Unterbringung im Mehrbettzimmer **ohne** privatärztliche Behandlung;
 - belegärztliche Leistungen werden bis zum 2,3fachen bzw. 1,8fachen (bei medizinisch-technischen Leistungen) Mindestsatz der GOÄ erstattet. Abweichend davon werden belegärztliche Leistungen gemäß Abschnitt M der GOÄ (Laborleistungen) sowie Leistungen nach Ziffer 437 der GOÄ bis zum 1,15fachen Satz erstattet.
- Unterbringung des gesunden Säuglings, soweit gesondert berechnungsfähig zu 100 %
- Transport vom und zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus zu 100 %

3. Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind die Kosten für	zahnärztl. Honorar ^{*)}	Labor- und Materialkosten
- Zahnbehandlung und Prophylaxe	100 %	50 %
- Zahnersatz (Prothesen, Stiftzähne, Kronen, Brücken und Brückenglieder, Implantate, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Reparaturen)	50 %	50 %
- Kieferorthopädie	100 %	100 %

Im ersten und zweiten Versicherungsjahr sind die Gesamtleistungen auf 2.100 EUR je Versicherungsjahr beschränkt. Ab dem dritten Versicherungsjahr und für unfallbedingte Kosten sind die Leistungen nicht durch Höchstleistungsbeträge beschränkt. Der Höchstleistungsbetrag für das erste Versicherungsjahr ermäßigt sich bei Versicherungsbeginn im 2. Quartal des Kalenderjahres auf 75 %, im 3. Quartal auf 50 %, im 4. Quartal auf 25 %. Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigt sich der Höchstleistungsbetrag nicht. Bei Tarifwechsel werden Leistungen aus dem bisherigen Tarif für das laufende Kalenderjahr auf den Höchstleistungsbetrag aus dem neuen Tarif angerechnet. Der Höchstleistungsbetrag je Versicherungsjahr bestimmt sich nur nach der im jeweiligen abgeschlossenen Tarif zurückgelegten Versicherungsdauer.

Auf Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie besteht Anspruch insoweit, als sie vom Versicherer nach Vorlage eines vom Zahnarzt erstellten Heil- und Kostenplans zugesagt wurden. Der Versicherungsnehmer hat einen Rechtsanspruch auf die Zusage der Tarifleistungen, wenn die vorgesehenen Maßnahmen medizinisch notwendig sind. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes.

4. Rücktransport, Überführung oder Beisetzung

Erstattungsfähig sind die Kosten für		
- einen aus medizinischen Gründen notwendigen Rücktransport aus dem Ausland, wenn am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist und die medizinische Notwendigkeit des Rücktransports durch ein ärztliches Attest nachgewiesen wird		zu 100 %
Es ist das jeweils unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalles kostengünstigste Transportmittel zu wählen.		
- eine Überführung nach dem Tod der versicherten Person zum ständigen Wohnsitz vor Beginn der Reise		
• aus dem außereuropäischen Ausland bis zu		10.400 EUR
• aus dem europäischen Ausland bis zu		5.200 EUR
- eine Beisetzung im Ausland bei Tod während des Auslandsaufenthaltes bis zu		5.200 EUR

Tarife 801, 811, 821

Die Tarife beinhalten die Leistungen der Tarife 800 bzw. 810 bzw. 820 und zusätzlich:

1. Ambulante Heilbehandlung

Die Entbindungspauschale für eine Hausentbindung erhöht sich um 275 EUR auf 825 EUR

2. Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- den Zuschlag für bessere Unterbringung im Zweibettzimmer zu 100 %

^{*)} Soweit es im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf und deren Höchstsätze nicht überschreitet.

- die privatärztliche Behandlung, soweit sie im Rahmen der GOÄ berechnet werden darf und deren Höchstsätze nicht überschreitet zu 100 %

Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung privatärztliche Behandlung erhält die versicherte Person ersatzweise ein zusätzliches Krankenhaustagegeld von 26 EUR

Kinder erhalten 13 EUR

Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung Zweibettzimmer erhält die versicherte Person ersatzweise ein zusätzliches Krankenhaustagegeld von 16 EUR

Kinder erhalten 8 EUR

3. Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Die Erstattungsprozentsätze betragen insgesamt:	zahnärztl. Honorar	Labor und Materialkosten
- Zahnbehandlung und Prophylaxe	100 %	75 %
- Zahnersatz	75 %	75 %
- Kieferorthopädie	100 %	100 %

Die Höchsterstattungsbetragsregelung und die Gebührenordnungseinschränkung der Tarife 800 bzw. 810 bzw. 820 gilt entsprechend.

Tarife 802, 812, 822

Die Tarife beinhalten die Leistungen der Tarife 801 bzw. 811 bzw. 821 und zusätzlich:

1. Ambulante Heilbehandlung

Die Entbindungspauschale für eine Hausentbindung erhöht sich um 275 EUR auf 1.100 EUR

Bei psychotherapeutischer Behandlung entfällt die Leistungsbegrenzung auf 30 Sitzungen. Für weitere Sitzungen werden Leistungen gewährt, soweit sie der Versicherer zuvor schriftlich zusagt. Die Leistungszusage wird erteilt, wenn die Behandlung medizinisch notwendig ist und diese Tatsache vor Antritt der Behandlung nachgewiesen wird.

2. Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig ist die Differenz der Kosten zwischen einer Unterbringung im Einbettzimmer und im Zweibettzimmer zu 100 %

Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung Einbettzimmer erhält die versicherte Person ersatzweise ein zusätzliches Krankenhaustagegeld von 12 EUR

Kinder erhalten 6 EUR

3. Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Für Kur- und Sanatoriumsbehandlung erhält die versicherte Person erstmals nach drei Versicherungsjahren und in der Folgezeit einmal innerhalb von 3 Jahren für längstens 28 Tage ein Kurtagegeld von 26 EUR

Die Notwendigkeit der Kur ist durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Der Selbstbehalt wird auf diese Leistung nicht angerechnet.

Tarif 790

für Kur- und Sanatoriumsbehandlung

1. Im Tarif 790 kann ein Kurtagegeld abgeschlossen werden. Gezahlt wird für

- ärztlich verordnete Kuren für jeden Tag, längstens für 28 Tage, ohne Kostennachweis ein Tagegeld in der vereinbarten Höhe, wenn spätestens 6 Monate nach einem Krankenhausaufenthalt von mindestens 20 Tagen, bei Operationen von mindestens 10 Tagen, der Kur-aufenthalt beginnt;
- ärztlich empfohlene Kuren gegen Kostennachweis erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer und in der Folge höchstens alle 2 Jahre je Kur bis zum Fünffachen des vereinbarten Kurtagegeldes für Unterbringung, ärztliche Beratungen, ärztliche Besuche, ärztliche Sonderleistungen, Röntgendurchleuchtungen und -aufnahmen, Kurmittel (Trinkkuren, Bäder, Packungen, Massagen, Licht-, Wärme- und

sonstige balneologische und physikalische Behandlungen), Kurtaxe und sonstige Abgaben; eine ärztlich empfohlene Kur ist nicht von einem Krankenhausaufenthalt abhängig.

2. Für die Auszahlung der Versicherungsleistungen sind folgende Nachweise zu erbringen:
 - a) bei ärztlich verordneten Kuren: ein Attest des behandelnden Krankenhausarztes, aus dem die medizinische Notwendigkeit einer Kurbehandlung hervorgeht. Die Kosten des Attestes trägt der Versicherungsnehmer. Die Kurdauer muss von einem Arzt des Kurortes bestätigt sein.
 - b) bei ärztlich empfohlenen Kuren: ein Attest des Arztes, der die Kur befürwortet hat. Die angefallenen Kosten sind durch Rechnungen zu belegen; aus ihnen müssen ersichtlich sein: Name der behandelten Person, Krankheitsbezeichnung, Behandlungstage und Einzelleistungen.

Tarif 795

Krankenhaustagegeld

Für jeden Tag einer stationären Heilbehandlung wird ein Krankenhaustagegeld gezahlt

- a) für Krankheiten und Unfälle, Behandlung von Schwangerschaftserkrankungen, Entbindung, Fehlgeburt, Bauchhöhlenschwangerschaft, stationäre Kiefer- und Zahnbehandlung;
- b) bei Krankenhausaufenthalt zur psychoanalytischen Untersuchung und psychotherapeutischen Behandlung, soweit der Versicherer vorher schriftlich zugestimmt hat;
- c) bei Aufenthalt im Sanitätsbereich (Bundeswehr), soweit auch im Zivilleben eine stationäre Heilbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist.

Krankenhaustagegeld wird nicht gezahlt für die Zeit einer Kur (auch Entziehungskur), auch wenn diese ärztlich verordnet ist. Die Versicherungsleistungen werden aufgrund einer Bescheinigung der Krankenanstalt mit Namen der behandelten Person, Krankheitsbezeichnung, Aufnahme- und Entlassungstag erbracht. Das Krankenhaustagegeld beträgt mindestens 5 EUR und kann darüber hinaus nach Vereinbarung abgeschlossen oder erhöht werden.

B. Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

C. Wartezeiten

Die Wartezeiten gemäß § 3 I Abs. 2 und 3 AVB entfallen bei den Tarifen 800 – 802, 810 – 812, 820 – 822 für Personen, deren Versicherungsschutz in unmittelbarem Anschluss an ihr Ausscheiden aus einer privaten Krankenversicherung beginnt, sofern der vorangegangene Versicherungsschutz nachweislich ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasste. Für eine gleichzeitig abgeschlossene Krankenhaustagegeldversicherung bzw. Krankentagegeldversicherung entfallen die Wartezeiten entsprechend.

D. Sonderbedingungen zu den Tarifen 800 – 802, 810 – 812, 820 – 822 für Schüler, Studenten und Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden

Die folgenden Sonderbedingungen gelten nur dann, wenn ihr Einschluss ausdrücklich beantragt wurde.

1. Die Wartezeiten entfallen.
2. Die für den begünstigten Personenkreis ermäßigten monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
3. Die Sonderbedingungen entfallen
 - a) mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die schulische, wissenschaftliche oder berufliche Ausbildung endet, vorzeitig aufgegeben oder mehr als sechs Monate unterbrochen wird;
 - b) für jede versicherte Person spätestens mit Ablauf des Kalendermonats, in dem sie das 34. Lebensjahr vollendet;
 - c) hinsichtlich des Ehegatten darüber hinaus mit Ablauf des Kalendermonats, in dem dieser berufstätig wird;
 - d) außerdem nach einer Höchstvertragsdauer gemäß diesen Sonderbedingungen von 36 Monaten.
4. Bei Wegfall der Sonderbedingungen besteht das Recht, ohne erneute Risikoprüfung den jeweiligen Tarif weiterzuführen sowie eine Krankentagegeldversicherung entsprechend dem Nettoeinkommen abzuschließen. Von diesem Zeitpunkt an ist der Beitrag zu zahlen, der dem dann gültigen Eintrittsalter entspricht.

5. Nach Ablauf der Höchstvertragsdauer ist die erneute Vereinbarung der Sonderbedingungen mit neuem Eintrittsalter zu den dann gültigen Beiträgen möglich, sofern die sonstigen Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit weiterhin erfüllt sind.
6. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem MÜNCHENER VEREIN die Beendigung, Aufgabe oder Unterbrechung der Ausbildung unverzüglich mitzuteilen, desgleichen die Aufnahme einer Berufstätigkeit des Ehegatten.