

Krankheitskostenvollversicherung

Tarif BONUS CARE ALPHA

Tarifstufe 865

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

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) des Verbandes der privaten Krankenversicherer

Teil II **Allgemeine Tarifbedingungen des Münchener Verein**

A. Versicherungsfähigkeit

Im Tarif BONUS CARE ALPHA, Tarifstufe 865, können sich Personen versichern und versichert bleiben, für die keine weitere Krankheitskostenteil- oder Krankheitskostenvollversicherung bei einer privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung besteht oder abgeschlossen wird. Die Fortführung oder der Abschluss einer Auslandsreise-Krankenversicherung ist möglich.

B. Leistungen des Versicherers

1. Selbstbehalt

Leistungsanspruch besteht für die erstattungsfähigen Kosten, soweit diese je versicherte Person für Untersuchungen, Behandlungen und sonstige Leistungen (B. Ziff. 2 - 5) im Versicherungsjahr den Selbstbehalt von **390 Euro** übersteigen.

Die jährliche tarifliche Eigenbeteiligung, bestehend aus der Summe des jährlichen absoluten Selbstbezahls sowie den jeweils pro Kalenderjahr anfallenden prozentualen Eigenbeteiligungen der erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß B. Ziff. 2 bei Heil- und Hilfsmitteln, ambulanter Psychotherapie sowie bei Arznei- und Verbandmitteln und ambulanten ärztlichen Leistungen, wird auf den in § 193 Abs. 3 VVG genannten Betrag begrenzt.

2. Ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- **ärztliche Leistungen in Deutschland** zu 100 %
soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze (s. Anhang, Ziff. 1) nicht überschreiten,
und
in Deutschland ärztlich verordnete und verschreibungspflichtige Arzneimittel sowie Verbandmittel
 - jeweils zu 100 %
wenn bei einem neu eingetretenen Krankheitsfall für die erstmalige oder einmalige Heilbehandlung ein Hausarzt in Anspruch genommen wird. Die Erstbehandlung ist durch die Erstbehandlungsrechnung zu belegen.
 - jeweils zu 75 %
wenn bei einem neu eingetretenen Krankheitsfall für die erstmalige oder einmalige Heilbehandlung ein anderer als ein Hausarzt in Anspruch genommen wird.
 - Als **Hausarzt** gilt: Arzt ohne Gebietsbezeichnung, praktischer Arzt, Arzt für Allgemeinmedizin, als Hausarzt tätiger Internist ohne Schwerpunktbezeichnung (s. Anhang, Ziff. 2), Facharzt für Gynäkologie, Facharzt für Augenerkrankungen, Facharzt für Kindererkrankungen ohne Schwerpunktbezeichnung (s. Anhang, Ziff. 3), Notarzt, Bereitschaftsarzt.
 - Für **verschreibungspflichtige Arzneimittel** gilt: Der Versicherer ist berechtigt, auf günstigere verschreibungspflichtige Arzneimittel innerhalb der gleichen Wirkstoffgruppe (Generika) zu verweisen. In diesem Fall erfolgt die künftige Erstattung auf der Grundlage des Preises des empfohlenen Präparates.
 - Als **erstattungsfähige Arzneimittel** gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.

Als Arzneimittel gelten **nicht** Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, Haarwuchs-, Abmagerungs-, potenzfördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel, Mineralwässer, auch wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind.
- **psychotherapeutische Behandlung** zu 50 %
soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) berechnet werden darf und deren Höchstsätze (s. Anhang, Ziff. 1) nicht überschreitet
 - Erstattungsfähig sind bis zu 30 Sitzungen pro Versicherungsjahr.
- Leistungen durch **Hebammen und Entbindungspfleger** zu 100 %
soweit sie zu den in Deutschland ortsüblichen Preisen berechnet werden.
- **Heilpraktikerbehandlung** zu 75 %
Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) bis zu 750 Euro im Versicherungsjahr.
- **ärztlich verordnete häusliche Behandlungspflege** zu 100 %
Häusliche Behandlungspflege (z.B. Verband- oder Katheterwechsel, Injektionen) stellt eine ärztliche Tätigkeit dar, die regelmäßig von einem Arzt an Pflegefachkräfte delegiert wird. Diese dient dazu, Krankheiten zu heilen, eine Verschlechterung zu verhindern und Beschwerden zu lindern.
- **logopädische Behandlung** zu 100 %
bei Sprachentwicklungsstörung zu 75 %
jeweils soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet wird. Diese Bedingung ist stets erfüllt, wenn die für die Beihilfestelle des Bundes festgelegten, aktuell gültigen Höchstbeträge nicht überschritten werden.
- **Heilmittel** zu 75%
 - Als Heilmittel gelten ausschließlich die Anwendungen der Ergotherapie und der physikalischen Medizin. Die in der GOÄ genannten physikalisch-medizinischen Leistungen zählen in jedem Fall zu den erstattungsfähigen Behandlungen.
 - Erstattungsfähig sind die Kosten für Heilmittel bis zu den Höchstsätzen der Beihilfavorschriften des Bundes (BhV).

- **Hilfsmittel** (ohne Sehhilfen)
 - **Kleinere Hilfsmittel** zu 75 %
 - **Große Hilfsmittel**
 - nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage durch den Versicherer zu 75 %
 - ohne vorherige Einholung der Leistungszusage zu 50 %
- Kleinere Hilfsmittel** sind solche mit Kosten **bis** zu einem Betrag von **750 Euro**.
Große Hilfsmittel sind diejenigen, deren Kosten den Betrag von **750 Euro übersteigen**. Auf die Leistungszusage für das Große Hilfsmittel besteht ein Rechtsanspruch, wenn dieses medizinisch notwendig und nach diesem Tarif erstattungsfähig ist.
- Als Hilfsmittel gelten:
 - Bandagen, Bruchbänder, Fußeinlagen, Kompressionsstrümpfe, Leibbinden, orthopädische Maßschuhe bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 360 Euro je Versicherungsjahr, orthopädische Schuhzurichtungen;
 - Geh- und Stützapparate, Rollatoren;
 - elektrisch betriebene Krankenfahrstühle (bis zum erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1500 Euro);
 - handgetriebene Krankenfahrstühle;
 - Perücken bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 400 Euro bei Folgen einer Bestrahlungs- oder Chemotherapie, Körperersatzstücke (z.B. Prothesen, Epithesen, Kunstaugen);
 - Sauerstoffversorgung mit Sauerstoff-Konzentratoren, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung;
 - Heimdialysegeräte;
 - Infusions- und Inhalationsgeräte, Absauggeräte;
 - Milchpumpen bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 50 Euro;
 - Überwachungsmonitore für Säuglinge;
 - Elektronische Lesegeräte bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2.500 Euro;
 - Hörgeräte einschließlich Otoplastik und Erstausrüstung mit Batterien;
 - Sprechhilfen (elektronischer Kehlkopf) einschließlich Erstausrüstung mit Batterien;
 - Blindenstock, Anschaffung und Ausbildung – nicht aber der Unterhalt – eines Blindenhundes;
 - Inkontinenzartikel nach Operationen, Stoma- und Tracheostomaartikel sowie enterale Ernährung und Zubehör.
 - Darüber hinaus sind weitere Hilfsmittel in den Fällen erstattungsfähig, in denen sie eine lebenserhaltende Funktion einnehmen, die durch keines der vorgenannten Hilfsmittel oder durch eine andere zur Verfügung stehende Therapieform gewährleistet werden kann.
 - Abhängig von der medizinischen Notwendigkeit ist auch ein wiederholter Bezug von Hilfsmitteln möglich.
- **Sehhilfen** (Brillengläser, Brillenfassungen, Kontaktlinsen) zu 100 %
 - Erstattet werden bei Änderung der Sehfähigkeit eines Auges um mindestens 0,5 Dioptrien bis zu 150 Euro je versicherte Person innerhalb von zwei Versicherungsjahren.
 - **Transporte** zu und von der ambulanten Heilbehandlung, soweit medizinisch notwendig und ärztlich bescheinigt, zu 100 %
 - **Vorsorgeuntersuchungen** zu 100 %
 - Erstattungsfähig sind die Kosten von Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft, Kinder- und Jugendlichenvorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, soweit sie nach den Ziffern 23 bis 29 der GOÄ und bis zu deren Höchstsätzen (s. Anhang, Ziff. 1) berechnet werden.
 - **Schutzimpfungen** zu 100 %
 - soweit sie von der Ständigen Impfkommission empfohlen werden (s. Anhang, Ziff. 4), gemäß den Ziffern 375 bis 378 der GOÄ berechnet werden und deren Höchstsätze (s. Anhang, Ziff. 1) nicht überschreiten.
 - **ambulante Entbindung oder Hausentbindung** zu 100 %
 - ärztliche Leistungen, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze (s. Anhang, Ziff. 1) nicht überschreiten
 - Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger

3. Stationäre Heilbehandlung

- Erstattungsfähig sind die Kosten für folgende Leistungen zu 100 %
- **Regelleistungen (Allgemeine Krankenhausleistungen) in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen:**
 - Unterbringung im Mehrbettzimmer ohne privatärztliche Behandlung
 - belegärztliche Leistung, soweit sie im Rahmen der GOÄ berechnet werden darf und deren Höchstsätze (s. Anhang, Ziff. 1) nicht überschreitet
 - **Transporte** zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, soweit medizinisch notwendig und ärztlich bescheinigt

4. Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- **zahnärztliches Honorar**, soweit es im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf und deren Höchstsätze (s. Anhang, Ziff. 1) nicht überschreitet, bei
 - **Zahnbehandlung** zu 100 %
Hierunter fallen auch Maßnahmen zur Verhütung und Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.
 - **prophylaktischen Leistungen** gemäß Ziff. 1000 – 1040 GOZ zu 100 %
 - **Zahnersatz** zu 75 %
wenn die Leistungen vom Versicherer **nach Vorlage** eines **Heil- und Kostenplans** schriftlich zugesagt wurden. Als Zahnersatz gelten: Inlays, Onlays, Prothesen, Stiftzähne, Kronen, Brücken, Brückenglieder, Implantate, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Reparaturen.
- **zahntechnische Laborarbeiten und Materialien**, soweit zu den ortsüblichen Preisen berechnet, wenn die Leistungen vom Versicherer **nach Vorlage** eines **Heil- und Kostenplans** schriftlich zugesagt wurden. zu 75 %
- **kieferorthopädische Behandlung**, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) berechnet werden darf und deren Höchstsätze (s. Anhang, Ziff. 1) nicht überschreitet sowie für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit zu den ortsüblichen Preisen berechnet,
 - bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zu 100 %
wenn die Leistungen vom Versicherer **nach Vorlage** eines **Heil- und Kostenplans** schriftlich zugesagt wurden.
 - bei ausschließlich unfallbedingter Behandlung ab dem 19. Lebensjahr zu 75 %
wenn die Leistungen vom Versicherer **nach Vorlage** eines **Heil- und Kostenplans** schriftlich zugesagt wurden.

Wird die Zahnersatzmaßnahme oder die kieferorthopädische Behandlung **ohne vorherige Vorlage** eines **Heil- und Kostenplans** und schriftliche Zusage des Versicherers durchgeführt, wird für die erstattungsfähigen Kosten (einschließlich Material- und Laborkosten) geleistet zu 50 %

Auf die Zusage der Tarifleistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie nach Vorlage eines Heil- und Kostenplans besteht ein Rechtsanspruch, wenn die vorgesehene Maßnahme zahnmedizinisch notwendig ist. Die Gebühren für die Erstellung des Heil- und Kostenplans trägt der Versicherer im Rahmen des Versicherungsschutzes dieses Tarifs.

Die gesamte Erstattungsleistung ist je versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt

- im ersten und zweiten Versicherungsjahr auf je **500 Euro**,
- im dritten und vierten Versicherungsjahr auf je **1.000 Euro**,
- ab dem fünften Versicherungsjahr auf je **5.000 Euro**.

Die Begrenzung auf Höchsterstattungsbeträge entfällt, wenn die Behandlung auf einen Unfall zurückzuführen ist, der nach Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten ist.

Bei Tarifwechsel werden Leistungen nach dem bisherigen Tarif für das laufende Versicherungsjahr auf den Höchsterstattungsbetrag aus diesem Tarif angerechnet.

Der Höchsterstattungsbetrag für das erste Versicherungsjahr ermäßigt sich bei Beginn im 2. bzw. 3. bzw. 4. Quartal des Kalenderjahres auf 75 % bzw. 50 % bzw. 25 %. Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigt sich der Höchsterstattungsbetrag nicht.

5. Leistungen im Ausland

Unter Beachtung der allgemeinen Regelungen zum Versicherungsschutz im Ausland (siehe AVB 2009) gilt:

Die gemäß **B. Ziffern 1 bis 4 versicherten Leistungen** sind mit den dort festgelegten Erstattungsprozentsätzen und unter Berücksichtigung des Selbstbetrags auch im Ausland in Höhe der **dort ortsüblichen** Kosten erstattungsfähig. Deutsche Gebührenordnungen finden insoweit keine Anwendung.

Abweichend hiervon werden ambulante ärztliche Leistungen sowie verordnete Arzneimittel, die in Deutschland verschreibungspflichtig wären (siehe auch C Ziff. 2), sowie Verbandmittel zu 75 % erstattet, auch wenn bei einem neu eingetretenen Krankheitsfall für die erstmalige oder einmalige Heilbehandlung ein Hausarzt in Anspruch genommen wird.

Darüber hinaus 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. Organisiert der Versicherer den Rücktransport selbst bzw. beauftragt der Versicherer einen Rückhol- dienst mit dem Rücktransport, so wird er sich nicht auf die Bestimmung des vorgenannten Satzes berufen.
- eine **Überführung** nach dem Tod der versicherten Person zum ständigen Wohnsitz vor Beginn der Reise
 - aus dem außereuropäischen Ausland bis zu 10.000 Euro
 - aus dem europäischen Ausland bis zu 5.000 Euro
- eine **Beisetzung** im Ausland bei Tod während des Auslandsaufenthalts bis zu 5.000 Euro

C. Einschränkung der Leistungspflicht

1. B. 2 (in Deutschland ärztlich verordnete Arzneimittel):
Für **nicht verschreibungspflichtige Medikamente** besteht kein Leistungsanspruch.
2. B. 2 (ärztlich verordnete Arzneimittel im europäischen und außereuropäischen Ausland):
Sind die im Ausland bezogenen Arzneimittel **in Deutschland nicht verschreibungspflichtig**, besteht kein Leistungsanspruch.
3. B. 2 (Heilpraktikerbehandlung):
Für durch **Heilpraktiker** verordnete **Arznei- und Verbandmittel** besteht kein Leistungsanspruch.
4. B. 3 (stationäre Heilbehandlung):
Bei **stationären Krankenhausaufenthalten** besteht für folgende Aufwendungen kein Leistungsanspruch:
 - gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen;
 - gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer;
 - Leistungen in Krankenhäusern, die nicht der Bundespflegegesetzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen (abweichend von § 4 I Ziff. 4 AVB 2009); diese Einschränkung gilt nicht, wenn es sich um eine Notfalleinweisung handelt.
5. In Ergänzung zu § 5 I Ziff.1 AVB 2009 besteht für die Verfahren der **künstlichen Befruchtung** einschließlich begleitender Maßnahmen und weiterer ärztlicher Behandlungen hierzu kein Leistungsanspruch.

D. Beitragsrückerstattung

Es gelten die Bestimmungen von § 8 II Ziff. 3 AVB 2009.

E. Leistungsanpassung

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung gemäß § 8 b I Ziff. 1 bzw. § 8 b II AVB 2009 im Tarif BONUS CARE ALPHA auch betragsmäßig festgelegte Höchsterstattungsbeträge mit Zustimmung des Treuhänders erhöht werden.

F. Leistungen des Versicherungsnehmers

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

G. Sonderbedingungen für Schüler, Studenten und andere Personen, die sich in einer Berufsausbildung befinden

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

- Die für den begünstigten Personenkreis ermäßigten monatlichen Beitragsraten ergeben sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.
- Die Sonderbedingungen entfallen
 - mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die schulische, wissenschaftliche oder berufliche Ausbildung endet, vorzeitig aufgegeben oder länger als sechs Monate unterbrochen wird;
 - spätestens mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die versicherte Person das 34. Lebensjahr vollendet;
 - nach einer Höchstvertragsdauer gemäß diesen Sonderbedingungen von längstens 36 Monaten.
- Bei Wegfall der Sonderbedingungen wird der Tarif ohne erneute Gesundheitsprüfung fortgeführt. Der zu zahlende Beitrag richtet sich dann nach dem zum Zeitpunkt des Wegfalls erreichten Lebensalter. Eventuell vereinbarte Erschwernisse (Beitragszuschlag, Leistungsausschluss) werden entsprechend übernommen.
- Es besteht bei Fortführung des Tarifs das Recht, eine Krankentagegeldversicherung mit einer Karenzzeit von mindestens 21 Tagen für Selbstständige bzw. von mindestens 42 Tagen für Arbeitnehmer abzuschließen. Die Höhe des Krankentagegeldes ist auf 130 % des zum Zeitpunkt des Abschlusses möglichen höchsten Krankengeldanspruchs für in der GKV versicherte Arbeitnehmer begrenzt.
- Nach Ablauf der Höchstvertragsdauer ist auf Wunsch des Versicherungsnehmers die erneute Vereinbarung der Sonderbedingungen mit neuem Eintrittsalter zu den dann gültigen Beiträgen möglich, sofern die sonstigen Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit weiterhin erfüllt sind.
- Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person sind verpflichtet, dem Münchener Verein die Beendigung, Aufgabe oder Unterbrechung der Ausbildung unverzüglich mitzuteilen.

Anhang

1. **Höchstsätze der GOÄ** sind derzeit der 3,5-fache Satz bzw. der 2,5-fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen bzw. der 1,3-fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M (Laborleistungen) sowie nach Ziffer 437 der GOÄ.
Höchstsatz der GOZ bzw. GOP ist derzeit der 3,5-fache Satz.
2. **Schwerpunktbezeichnungen bei Internisten** sind: Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie, Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie.
3. **Schwerpunktbezeichnungen bei Fachärzten für Kindererkrankungen** sind: Kinderkardiologie, Neonatologie.
4. Von der Ständigen Impfkommision empfohlene Schutzimpfungen sind zurzeit diejenigen gegen Diphtherie, FSME (Zeckenschutzimpfung), Grippe, Hepatitis A, Hepatitis B, Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Tbc, Wundstarrkrampf.