

Krankheitskostenvollversicherung

Tarif BONUS CARE CLASSIC SB

Tarifstufe 866

Tarifstufe 869

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2013 (AVB 2013) 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

1. Selbstbehalt

Leistungsanspruch besteht für die erstattungsfähigen Kosten, soweit diese je versicherte Person für Untersuchungen, Behandlungen und sonstige Leistungen (A Ziff. 2 - 5) im Versicherungsjahr den Selbstbehalt von **480 Euro** in der Tarifstufe **866** bzw. von **960 Euro** für Kinder (Alter 0 bis 15) und Jugendliche (Alter 16 bis 20) und von **1200 Euro** für Erwachsene (ab Alter 21) in der Tarifstufe **869** übersteigen.

Für folgende Untersuchungen und Behandlungen werden die tariflichen Leistungen **ohne Anrechnung eines Selbstbezalts** erbracht:

- Vorsorgeuntersuchungen gemäß A Ziff. 2
- Schutzimpfungen gemäß A Ziff. 2
- ambulante Entbindung oder Hausentbindung gemäß A Ziff. 2
- prophylaktische Leistungen gemäß A Ziff. 4.

Die jährliche tarifliche Eigenbeteiligung, bestehend aus der Summe des jährlichen absoluten Selbstbezalts sowie den jeweils pro Kalenderjahr anfallenden prozentualen Eigenbeteiligungen der erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß A. 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

Im Tarif 866 bzw. 869 steht für die ambulante Heilbehandlung durch Ärzte das sogenannte Primärarztprinzip im Vordergrund. Die Höhe der Leistung richtet sich danach, ob für die ambulante Heilbehandlung zuerst ein Hausarzt oder gleichgestellter Arzt aufgesucht wurde. Wird ein anderer Arzt ohne vorherige Überweisung des Hausarztes aufgesucht, verringert sich die tarifliche Leistungshöhe.

Als **Hausarzt** oder **gleichgestellter Arzt** gelten:

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.

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- **ärztliche Leistungen**
soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze (s. Anhang, Ziff. 1) nicht überschreiten,
und
ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
 - wenn bei einem neu eingetretenen Krankheitsfall ein Hausarzt oder ein gleichgestellter Arzt in Anspruch genommen wird zu 100 %
 - wenn ein Facharzt nach Überweisung eines Hausarztes oder eines gleichgestellten Arztes in Anspruch genommen wird zu 100 %
Die Überweisung ist durch einen Überweisungsschein oder die Rechnung des Hausarztes bzw. gleichgestellten Arztes zum Facharzt zu belegen.
 - wenn ein Facharzt ohne Überweisung eines Hausarztes oder eines gleichgestellten Arztes in Anspruch genommen wird zu 75 %
 - Als **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 75 %
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 50 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).
 - Erstattungsfähig sind auch durch Heilpraktiker verordnete Arzneimittel und Verbandmaterial.
Als solche gelten nicht die oben unter Arznei- und Verbandmittel ausgeschlossenen Arzneimittel.
- **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 %
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 %
soweit sie im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet werden. Diese Bedingung ist stets erfüllt, wenn die für die Beihilfestelle des Bundes festgelegten, aktuell gültigen Höchstbeträge nicht überschritten werden.
 - 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.
- **Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)**
Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- und Unfallfolgen mildern oder ausgleichen bzw. lebenserhaltend sind. Es handelt sich stets um ein solches Hilfsmittel, wenn dieses im aktuell gültigen Hilfsmittelverzeichnis der gesetzlichen Krankenversicherung genannt ist. Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für die Anschaffung eines Blindenhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen und Blutzuckermessgeräte einschließlich Teststreifen.
Für die nachgenannten Hilfsmittel sind die Aufwendungen in folgender Höhe erstattungsfähig:
 - orthopädische Schuhe bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 360 Euro je Versicherungsjahr,
 - Krankenfahrstühle bzw. andere elektrische Krankenfahrzeuge bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2500 Euro,
 - Milchpumpen bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 50 Euro,
 - elektronische Lesegeräte bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 2500 Euro.
 Erstattet werden auch die Aufwendungen für die Miete von Hilfsmitteln (bis max. zur Höhe des Anschaffungspreises) sowie die Wartung und Reparatur.
Nicht erstattungsfähig sind Hilfsmittel, deren Kosten die Pflegeversicherung zu erstatten hat, Geräte, die dem Fitness- und Wellnessbereich zuzuordnen sind, sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel sowie Zubehör- und Verbrauchsartikel.
Abhängig von der medizinischen Notwendigkeit ist auch ein wiederholter Bezug von Hilfsmitteln möglich.
Bei Hilfsmitteln, deren Kosten einen Rechnungsbetrag von voraussichtlich 2000 Euro übersteigen, ist dem Versicherer vor Bezug der Hilfsmittel ein Kostenvoranschlag vorzulegen. Andernfalls verringert sich die tarifliche Leistungshöhe.
Die Leistung beläuft sich je Hilfsmittel mit einem Rechnungsbetrag
 - bis 2000 Euro auf 75 %,
 - ab 2000 Euro mit Kostenvoranschlag auf 75 %,
 - ab 2000 Euro ohne Kostenvoranschlag auf 65 %
 der erstattungsfähigen Aufwendungen.
- **Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen)** zu 100 %
 - Die Erstattung für Sehhilfen ist je versicherter Person und je Versicherungsjahr **begrenzt auf 150 Euro**.
- **Transporte** zu und von der ambulanten Heilbehandlung, soweit medizinisch notwendig und ärztlich bescheinigt, zu 100 %
- **Vorsorgeuntersuchungen** (s. auch nachfolgend unter B) 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** (s. auch nachfolgend unter B) 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** (s. auch nachfolgend unter B) 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
 - Bei einer Entbindung ohne stationäre Behandlung wird **zusätzlich** zur Kostenerstattung für ärztliche Leistungen und Hebamme bzw. Entbindungspfleger eine **Entbindungspauschale** gewährt.
Diese beträgt 300 Euro
- **ambulante Kuren**
Die Kosten für ärztliche Leistungen, Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel werden gemäß den oben festgelegten Grundsätzen ohne zeitliche Begrenzung auch dann erstattet, wenn sie im Rahmen ambulanter Kuren anfallen.

3. Stationäre Heilbehandlung

- Erstattungsfähig** sind die Kosten für folgende Leistungen zu 100 %
- **Regelleistungen** (§ 4 II Ziff. 7 a der AVB 2013) im Krankenhaus (§ 4 I Ziff. 4 AVB 2013)
 - 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.

4. Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- **zahnärztliche Leistung**, soweit sie 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 sowie die Versorgung mit Inlays.
 - **prophylaktischen Leistungen** (s. auch nachfolgend unter B.) zu 100 %
 - **Zahnersatz** zu 80 %
Hierzu zählen: Versorgung mit Prothesen, Stiftzähnen, Kronen, Brücken, Brückengliedern, Onlays, Implantaten; funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen; Reparaturen.
- **zahntechnische Laborarbeiten und Materialien** für Zahnbehandlung und Zahnersatz, soweit zu den ortsüblichen Preisen berechnet, zu 80 %
- **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 für kieferorthopädische Behandlung, soweit zu den ortsüblichen Preisen berechnet,
 - bis zum vollendeten 18. Lebensjahr zu 100 %
 - ab dem 19. Lebensjahr zu 80 %

Die gesamte Erstattungsleistung ist je versicherter Person und je Versicherungsjahr **begrenzt** auf

- je 1.000 Euro im 1. und 2. Versicherungsjahr
- je 2.000 Euro im 3. und 4. Versicherungsjahr.

Die Begrenzung auf Höchsterstattungsbeträge **entfällt**

- ab dem 5. Versicherungsjahr
- bei unfallbedingten Kosten, wenn sich der Unfall nach Beginn des Versicherungsschutzes ereignet hat.

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

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

Bei einer bevorstehenden Maßnahme für Zahnersatz oder Kieferorthopädie rät der Versicherer zur vorherigen Erstellung eines Heil- und Kostenplans durch den Zahnarzt. Der Versicherer gibt nach Einreichung des Heil- und Kostenplans Auskunft über die zu erwartende Versicherungsleistung. Die Kosten für die Erstellung des Heil- und Kostenplans sind im Rahmen des abgeschlossenen Versicherungsschutzes zu 100 % erstattungsfähig.

5. Leistungen im Ausland

Unter Beachtung der allgemeinen Regelungen zum Versicherungsschutz im Ausland (siehe AVB 2013) gilt:

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

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 Rückholddienst 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

6. Pauschalleistung bei Entbindung

Geleistet wird ein Betrag in Höhe des in A. Ziff. 1 genannten jährlichen Selbstbehalts, wenn eine in der Tarifstufe 866 oder 869 versicherte Person entbindet und der Eintritt der Schwangerschaft nach Annahme des Versicherungsantrags festgestellt worden ist.

7. Pauschalleistung bei schwerer Erkrankung

Geleistet wird im Versicherungsjahr des erstmaligen Auftretens eines der nachfolgenden **Krankheitsbilder** eine Zahlung in Höhe des in A. Ziff. 1 genannten jährlichen Selbstbehalts. Die Pauschale wird nur einmal im Versicherungsjahr geleistet, auch wenn in einem Jahr mehrere der nachfolgenden Krankheitsbilder erstmalig auftreten. Für jedes Krankheitsbild erfolgt die Leistung höchstens einmal.

Krankheitsbilder:

- akuter Herzinfarkt
- Hirnblutung oder akuter Hirninfarkt (Schlaganfall)
- bösartiger Tumor (Krebs) einschließlich Leukämie und verwandte Formen von Blutkrebs sowie bösartige Neubildungen der Lymphknoten und / oder Knochenkrebs
- Neubildungen des Gehirns (Gehirntumor)
- Multiple Sklerose
- Querschnittslähmung
- Kinderlähmung (Poliomyelitis)

B. Barausschüttung

Es gelten die Bestimmungen von § 8 II Ziff. 3 AVB 2013.

Leistungen für die nachfolgend aufgeführten Untersuchungen bzw. Behandlungen sowie sonstigen Leistungen haben jedoch keine Auswirkung auf eine nach der genannten Bestimmung auszuzahlende Barausschüttung:

- Vorsorgeuntersuchungen gemäß A Ziff. 2
- Schutzimpfungen gemäß A Ziff. 2
- ambulante Entbindung oder Hausentbindung gemäß A Ziff. 2
- prophylaktische Leistungen gemäß A Ziff. 4.

C. Leistungsanpassung

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können im Fall einer Beitragsanpassung gemäß § 8 b I Ziff. 1 bzw. § 8 b II AVB 2013 im Tarif BONUS CARE auch betragsmäßig festgelegte Höchstleistungsbeträge, zusätzliche ersatzweise Krankenhaustagegelder sowie die Pauschalleistungen mit Zustimmung des Treuhänders erhöht werden.

D. Wechseloption in eine andere Tarifstufe

In Erweiterung des gesetzlichen Anspruchs auf Tarifwechsel kann der Versicherungsnehmer unter den nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen und zu den dort genannten Zeitpunkten für eine versicherte Person den Wechsel in eine andere Stufe des Tarifs BONUS CARE mit niedrigerem oder ohne Selbstbehalt verlangen. Es findet dann keine erneute Gesundheitsprüfung statt und es gibt auch keine neuen Wartezeiten.

- Der Wechsel kann zum 01.01. des Jahres verlangt werden, das auf das dritte und jedes weitere durch drei teilbare Versicherungsjahr (s. § 13 II Nr. 2 AVB 2013) im Tarif BONUS CARE CLASSIC SB folgt, wenn der Antrag bis zum 15.12. des jeweiligen Vorjahres beim Münchener Verein eingeht.
- Der Wechsel des Selbstbehalts kann innerhalb des Tarifs BONUS CARE CLASSIC SB oder in den Tarif BONUS CARE CLASSIC erfolgen.

E. Leistungen des Versicherungsnehmers

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

F. 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 Impfkommission empfohlene **Schutzimpfungen** sind zurzeit u. a. diejenigen gegen Diphtherie, FSME (Zeckenschutzimpfung), Grippe, Hepatitis A, Hepatitis B, Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Tbc, Wundstarrkrampf.