

Krankheitskostenvollversicherung

Tarif BONUS CARE ADVANCE Plus SB

Tarifstufe 868

Tarifstufe 871

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

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 **868** bzw. von **960 Euro** für Kinder (Alter 0 bis 15), Jugendliche (Alter 16 bis 20) und Frauen (ab Alter 21) und von **1200 Euro** für Männer (ab Alter 21) in der Tarifstufe **871** 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 ambulante ärztlichen Leistungen, wird auf den in § 193 Abs. 3 VVG genannten Betrag begrenzt.

2. Ambulante Heilbehandlung

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
 - 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 80 %
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.
 - 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 80 %
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 80 %
 - Heilpraktikerleistungen sind erstattungsfähig bis zu den Höchstbeträge 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 80 %
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)	zu 80 %
	<ul style="list-style-type: none"> • 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 2500 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 (Brillen, Kontaktlinsen)	zu 100 %
	<ul style="list-style-type: none"> • 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 %
	<ul style="list-style-type: none"> • 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 %
	<ul style="list-style-type: none"> • 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 %
	<ul style="list-style-type: none"> • 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 2009) im Krankenhaus (§ 4 I Ziff. 4 AVB 2009)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Unterbringung im Mehrbettzimmer ohne privatärztliche Behandlung • belegärztliche Leistung, soweit sie im Rahmen der GOÄ abgerechnet werden darf, jedoch ohne Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ (s. Anhang, Ziff. 1) 	
-	Wahlleistungen im Krankenhaus	
	<ul style="list-style-type: none"> • Unterbringung im Zweibettzimmer • privatärztliche Behandlung, soweit sie im Rahmen der GOÄ abgerechnet werden darf, jedoch ohne Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ (s. Anhang, Ziff. 1) 	
	Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung privatärztliche Behandlung erhält die versicherte Person ersatzweise ein zusätzliches Krankenhaustagegeld von Kinder erhalten	30 Euro 15 Euro
	Bei Nichtinanspruchnahme der Wahlleistung Zweibettzimmer erhält die versicherte Person ersatzweise ein zusätzliches Krankenhaustagegeld von	20 Euro

Kinder erhalten 10 Euro

- **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, Brückenglieder, Onlays, Implantaten; funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen; Reparaturen.
- **zahntechnische Laborarbeiten und Materialien** bei 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, 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 2009) gilt:

Die gemäß **A. Ziffern 1 bis 4 versicherten Leistungen** sind mit den dort festgelegten Erstattungsprozentsätzen und unter Berücksichtigung des Selbstbehalts 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 868 oder 871 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. Beitragsrückerstattung

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

Leistungen für die nachfolgend aufgeführten Untersuchungen bzw. Behandlungen haben jedoch keine Auswirkung auf eine nach der genannten Bestimmung auszuschüttende Beitragsrückerstattung:

- 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 2009 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 2009) im Tarif BONUS CARE ADVANCE Plus 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 ADVANCE Plus SB oder in den Tarif BONUS CARE ADVANCE Plus 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. der 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 diejenigen gegen Diphtherie, FSME (Zeckenschutzimpfung), Grippe, Hepatitis A, Hepatitis B, Keuchhusten, Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Tbc, Wundstarrkrampf.