

Tarif KombiPRIVAT

Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.10.2012, SAP-Nr. 331718, 10.2012

Es gelten die AVB/VT - Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex).

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

2. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif KombiPRIVAT endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung in der GKV endet.

II. Versicherungsleistungen

1. Alternative Heilmethoden

Erstattet werden

80 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für Behandlungen durch einen Heilpraktiker oder durch Ärzte bis zu insgesamt 600 EUR im Kalenderjahr.

a) Behandlung durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind die naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel, die im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Gebühren sind bis zu den Höchstsätzen der GebüH erstattungsfähig.

b) Behandlung durch Ärzte

Erstattungsfähig sind die naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und die in diesem Zusammenhang verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel, die nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallen und im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Gebühren sind bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattungsfähig.

2. Zuzahlungen bei stationärem Aufenthalt

Erstattet werden

100 %

der nach §§ 39 Absatz 4, 61 Satz 2 SGB V bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung wegen Krankheit oder Unfall sowie bei stationärer Entbindung entstehenden gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen.

3. Zuzahlungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel

Erstattet werden

100 %

der nach §§ 31 Absatz 3, 32 Absatz 2, 61 Satz 1 und Satz 3 SGB V entstehenden gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für Arznei-, Verband- und Heilmittel bis zu einem Erstattungsbetrag von 100 EUR im Kalenderjahr, wenn die Kostenbelege für das Kalenderjahr gesammelt und einmalig zusammen eingereicht werden.

Werden für ein Kalenderjahr mehrmals Belege zur Erstattung eingereicht, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen ab dem zweiten Erstattungsantrag nur noch zu

80 %

ersetzt. Außerdem vermindert sich der für dieses Kalenderjahr insgesamt geltende Erstattungsbetrag auf 80 EUR.

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Arznei-, Verband- und Heilmittel bezogen wurden.

4. Vorsorgeuntersuchungen

Erstattet werden

100 %

der Aufwendungen für Gesundheitsuntersuchungen, maximal insgesamt 100 EUR innerhalb von zwei Kalenderjahren.

Als Gesundheitsuntersuchung erstattungsfähig sind Untersuchungen nach den Richtlinien des „Gemeinsamen Bundesausschusses“ der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung

von Krankheiten. Die Erstattung erfolgt ohne Berücksichtigung der in dieser Richtlinie vorgesehenen Altersgrenzen und Untersuchungsintervalle.

Zur Berechnung der erstattungsfähigen Aufwendungen werden die Aufwendungen aus dem vorhergehenden Kalenderjahr angerechnet.

5. Schutzimpfungen und Malariaphylaxe

Erstattet werden

100 %

der Aufwendungen für ärztliche Behandlung einschließlich Arzneimittel für Schutzimpfungen gegen Typhus und Gelbfieber sowie zur Malariaphylaxe bis zu 100 EUR im Kalenderjahr.

III. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Bei Änderung des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8a AVB/VT.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Unisex)
GebüH	Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch