

Tarif VG

Krankheitskostenvollversicherung Grundschutz

Stand: 01.12.2018, SAP-Nr.: 334959 (V190), 12.2018

Es gelten die AVB/KK – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

I. Allgemeines

1. Neben dem Tarif VG darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenversicherung fortgeführt oder abgeschlossen werden. Zu den Folgen einer Verletzung dieser Obliegenheit siehe Abschnitt V.

II. Versicherungsleistungen

Regelhöchstsatz

Der Regelhöchstsatz ist zurzeit für persönliche ärztliche und zahnärztliche Leistungen der 2,3fache Gebührensatz der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ), für medizinisch-technische Leistungen der 1,8fache Satz der GOÄ und für Laborleistungen der 1,15fache Satz der GOÄ. Erstattungsfähig sind Kosten nur, soweit sie den Bemessungsgrundsätzen dieser Gebührenordnungen entsprechen und innerhalb der Regelhöchstsätze liegen.

Ambulante Heilbehandlung und zahnärztliche Behandlung

1. Die erstattungsfähigen Kosten je Kalenderjahr und versicherte Person, die 300 Euro übersteigen, werden zu 75 % ersetzt, diejenigen, die 1.200 Euro übersteigen, werden zu 100 % ersetzt.

Die Kosten werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt wurde bzw. in dem die Kosten für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel angefallen sind.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, werden die Höchstbeträge des Selbstbehaltes für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden Monat gemindert, in dem die Versicherung noch nicht bestand. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich der Selbstbehalt nicht.

2. Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung die Kosten für:

- ärztliche Leistungen (z. B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt, Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der gesetzlich eingeführten Programme (ohne die dort vorgesehenen Altersgrenzen und zeitlichen Intervalle),
- psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte, approbierte ärztliche Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten nach dem deutschen Psychotherapeutengesetz bis zu 15 Sitzungen im Kalenderjahr
- Auf Verordnung dieser Leistungserbringer und nach vorheriger Zustimmung des Versicherers werden auch die Kosten für eine Soziotherapie im Sinne von § 37a und § 132b SGB V erstattet. Die Erstattung erfolgt im Rahmen der Höchstsätze der GOÄ bzw. bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat
- Arznei- und Verbandmittel
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers im Rahmen der Hebammenhilfe- Gebührenverordnung bis zu 300 Euro je Entbindung
- Heilmittel: Folgende Heilmittel werden bis insgesamt 600 Euro pro Kalenderjahr erstattet: Massagen, Inhalationen, Wärme-, Licht- und Elektrotherapie, Krankengymnastik, Ergotherapie, Podologie und medizinische Fußpflege (gem. PodG), Osteopathie
- sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der privaten oder der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.
- ärztlich verordnete sozialmedizinische Nachsorgemaßnahmen im Sinne von § 43 Absatz 2 und § 132c Absatz 2 SGB V bei chronisch kranken oder schwerstkranken Kindern bzw. Jugendlichen.
- häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege, Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung). Die Maßnahme muss ärztlich verordnet sein und von Pflegefachkräften durchgeführt werden. Erstattungsfähig sind maximal die Gebühren, die in der Kranken- oder in

der Pflegepflichtversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart sind. Leistungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung werden nur erstattet, wenn sie geeignet sind, eine stationäre Krankenhausbehandlung zu vermeiden oder zu verkürzen. Besteht hierfür eine Leistungspflicht der Pflegepflichtversicherung nach § 36 SGB XI, endet der Leistungsanspruch aus diesem Tarif.

- ambulante Palliativversorgung gem. § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen
- die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfefeuerordnung (z. B. Gebärdendolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.
- Hilfsmittel und deren Reparatur:
 - a) Sehhilfen bis zu 150 Euro im Kalenderjahr. Die Refraktionsbestimmung durch einen Optiker wird in der Höhe erstattet, die ein Augenarzt nach GOÄ berechnen könnte. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Sehhilfen besteht frühestens nach Ablauf von drei Jahren oder bei einer Veränderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien
 - b) Folgende kleine Hilfsmittel werden bis zu 150 Euro pro Hilfsmittel und Kalenderjahr erstattet: Bandagen, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gipsliegenschalen, Gummistrümpfe Korrektorschienen, orthopädisches Schuhwerk
 - c) Folgende große Hilfsmittel werden bis zu 600 Euro pro Hilfsmittel und Kalenderjahr erstattet: Hörgeräte, Krankenfahrstühle, künstliche Glieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, Sprechgeräte
 - d) Die Leistungen für Sehhilfen, kleine und große Hilfsmittel sind auf insgesamt 1.200 Euro pro Kalenderjahr begrenzt.

3. Erstattungsfähig sind bei Zahnbehandlung die Kosten für:

- operative und konservierende Zahnbehandlung (z. B. Zahnfüllungen (metallisch, ohne Verblendung), Zahnziehen, Parodontosebehandlungen, Prophylaxe (einschließlich professioneller Zahnreinigung), Arzneien)
- Röntgenaufnahmen der Zähne.

Zahnersatz und Kieferorthopädie

Die erstattungsfähigen Kosten für Zahnersatz und Kieferorthopädie werden je Kalenderjahr

bis 2.600 Euro zu	70 %
über 2.600 Euro bis 7.800 Euro zu	50 %

ersetzt.

Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- Zahnersatz: Zahnkronen und Brücken, Inlays, Prothesen mit Ausnahme implantologischer Leistungen und implantatgetragenen Zahnersatz
- Bei Zahnkronen und Brücken ist eine metallische Ausführung mit Verblendung bis jeweils zum Zahn 5 erstattungsfähig, ab Zahn 6 eine metallische Ausführung ohne Verblendung.
- vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit unter Versicherungsschutz stehendem Zahnersatz erforderlich werden, mit Ausnahme funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen
- Erstellen eines Heil- und Kostenplanes
- Zahn- und Kieferregulierungen
- Erstattungsfähig sind auch die dazugehörigen zahntechnischen Laborarbeiten, soweit sie im tariflichen Preis- und Leistungsverzeichnis aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind, sowie Materialkosten.

Die Erstattung ist begrenzt

- im 1. Kalenderjahr auf **525 Euro**
- im 2. Kalenderjahr auf **1.050 Euro**
- im 3. Kalenderjahr auf **1.575 Euro**
- im 4. Kalenderjahr auf **2.100 Euro**

Diese Beschränkungen gelten nicht, wenn die Kosten nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Vor Beginn der Behandlung muss dem Versicherer ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorgelegt werden.

Der Versicherer wird diesen Kostenvoranschlag prüfen und den Umfang der erstattungsfähigen Kosten dem Versicherungsnehmer mitteilen. Wird der Heil- und Kostenplan nicht vor Beginn der Behandlung eingereicht, wird von den erstattungsfähigen Kosten die Hälfte der tariflichen Leistungen ersetzt.

Stationäre Heilbehandlung

1. Die erstattungsfähigen Kosten bei einer Unterbringung im Drei- und Mehrbettzimmer werden zu 100 % ersetzt.

2. Erstattungsfähig sind die Kosten für:

- allgemeine Krankenhausleistungen. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Bundespflegesatzverordnung berechneten Vergütungen sowie die vom Krankenhaus berechenbaren Kosten einer vor- und nachstationären Behandlung im Sinne von § 115a SGB V. In Krankenhäusern, die nicht dem Geltungsbereich dieser Rechtsnormen unterliegen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Kosten in der preiswertesten Zimmerkategorie sowie die medizinisch notwendigen ärztlichen (keine wahlärztlichen) Leistungen und Leistungen für Heilmittel.
- belegärztliche Leistungen
- Leistungen der (Beleg-) Hebamme und des (Beleg-) Entbindungspfleger im Rahmen der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung bis zu 300 Euro je Entbindung
- medizinisch notwendige Begleitung durch eine Bezugsperson (Vater, Mutter etc.) bei Unterbringung im Krankenhaus während der stationären Behandlung
- medizinisch notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km.
- stationäre Kurzzeitpflege gem. § 42 SGB XI ohne Vorliegen eines Pflegegrades (Grund- und Behandlungspflege) im Anschluss an eine stationäre Behandlung, nach einer ambulanten Operation, bei akuter Verschlimmerung einer Erkrankung oder bei sonstigen Krisensituationen, in denen eine vorübergehende häusliche oder teilstationäre Pflege nicht möglich oder ausreichend ist. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung. Die Erstattung aus diesem Tarif endet spätestens mit Beginn der Leistungspflicht der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung.
- voll- und teilstationäre Hospizversorgung in Hospizen, die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag über stationäre Hospizversorgung auf Basis des § 39a SGB V verfügen. Leistungen der Pflegepflichtversicherung werden angerechnet.
- den Spender einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende, wenn der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist. Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im tariflichen Umfang für die erforderliche
 - ambulante Behandlung
 - stationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen.

Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet

- die auf Grund der Organspende erforderlichen ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlungen des Organspenders,
- die Kosten für die Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat,
- der nachgewiesene tatsächliche Verdienstaufschlag und die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Hierzu zählen auch die Beiträge für eine substitutive private Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung.

3. Bei stationärer Krankenhausbehandlung außerhalb Deutschlands sind die angefallenen Kosten bis 300 Euro je Verweiltag im Krankenhaus erstattungsfähig.

III. Beiträge

Die Beiträge werden nach den jeweils aktuellen technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Sie ergeben sich für Neuabschlüsse aus der jeweils gültigen Beitragstabelle. Die monatlich zu zahlende Beitragsrate

wird in dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein ausgewiesen.

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

Sobald eine versicherte Person das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

IV. Wechsel in andere Tarife

Zu nachbenannten Zeitpunkten haben Versicherungsnehmer nach Tarif VG über das Wechselrecht nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) hinaus befristet die Möglichkeit, unter Anrechnung der aus dem Vertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung den Versicherungsschutz in leistungsstärkere Tarife des Versicherers umzustellen:

Der Versicherer verpflichtet sich, einen Antrag auf Tarifwechsel

- a) 36 Monate nach Beginn dieser Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung und erneute Wartezeiten anzunehmen,
- b) 60 Monate nach Beginn dieser Versicherung anzunehmen; er ist jedoch berechtigt, eine Gesundheitsprüfung vorzunehmen und einen angemessenen Risikozuschlag zu verlangen. Dieser Risikozuschlag ist auf höchstens 50 % des nunmehr zu erhebenden Beitrages für die Mehrleistungen (= Mehrbeitrag) begrenzt,
- c) 60 Monate nach erstmaliger Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit von einer versicherten Person nach den Regelungen entsprechend Buchstabe b) anzunehmen,
- d) bei Eintritt der Krankenversicherungspflicht eines mitversicherten Familienangehörigen entsprechend den Regelungen nach Buchstabe b) anzunehmen.

Das Wechselrecht ist innerhalb zweier Monate nach Entstehen auszuüben.

V. Obliegenheiten

Eine weitere Krankheitskostenversicherung ist neben der Versicherung nach dem Tarif VG für keine der versicherten Personen zulässig.

Wird diese Obliegenheit verletzt, so ist der Versicherer nach Maßgabe des § 28 VVG von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.

Diesem Tarif liegt das Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Laborarbeiten der „V-Tarife“ zu Grunde.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/KK	Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
PodG	Podologengesetz
SGB V	Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch
SGB XI	Sozialgesetzbuch, Elftes Buch