

## Tarif VM 100

### Krankheitskostenvollversicherung für Ärzte

Stand: 01.01.2000, V140

#### Allgemeines

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

2. Versicherungsfähig sind Ärzte (ausgenommen Zahn- und Tierärzte) sowie deren Ehegatten und Kinder, solange sie mit dem Versicherungsnehmer in häuslicher Gemeinschaft leben oder von diesem wirtschaftlich abhängig sind.

3. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich zu melden.

4. Das Versicherungsverhältnis endet bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit. Die versicherten Personen haben in Höhe des bisherigen Versicherungsschutzes das Recht, die Überführung auf artgleiche Krankheitskostentarife zu verlangen. Die Dauer der Vorversicherung wird auf die Wartezeiten angerechnet und bei der Beitragsfestsetzung gemäß § 8 a Absatz 2 AVB berücksichtigt. Der Antrag auf Überführung muss innerhalb einer Frist von zwei Monaten nach Beendigung der Vorversicherung gestellt werden. Bei Erhöhung des Versicherungsschutzes können für Mehrleistungen besondere Vereinbarungen getroffen werden.

#### I. Versicherungsleistungen

##### 1. Leistungsumfang

Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- |  |              |
|--|--------------|
| a) ambulante Heilbehandlung (siehe Ziffer 2)                     | <b>100%</b>  |
| b) zahnärztliche Behandlung (siehe Ziffer 3)                     |              |
| – Zahnbehandlung   | <b>100 %</b> |
| – Zahnersatz und Kieferorthopädie                                | <b>75 %</b>  |
| (mit Heil- und Kostenplan)                                       |              |
| c) stationäre Heilbehandlung im Zweibettzimmer (siehe Ziffer 4). | <b>100 %</b> |

##### 2. Ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- ärztliche Leistungen (z. B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt, Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der gesetzlich eingeführten Programme), soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen
- psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte und Diplom-Psychologen sowie logopädische Behandlung durch Ärzte und Logopäden jeweils bis zu 30 Sitzungen im Kalenderjahr. Darüber hinausgehende Leistungen werden nur nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers gewährt.
- Arznei- und Verbandmittel
- Leistungen der Hebamme
- Heilmittel: medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Wärme-, Licht- und Elektrotherapie, Krankengymnastik
- Hilfsmittel: Bandagen, Brillengestelle (bis zu 110 EUR Rechnungsbetrag), Brillengläser, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gipslieschalen, Gummistrümpfe, Hörgeräte, Kontaktlinsen, Korrektorschienen, Krankenfahrstühle (bis zu 1.065 EUR Rechnungsbetrag), künstliche Glieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädisches Schuhwerk (bis zu 135 EUR Rechnungsbetrag pro Jahr), Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).  
Bei Inanspruchnahme von Heilpraktikern besteht keine Leistungspflicht.

##### 3. Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- a) Zahnbehandlung

- operative und konservierende Zahnbehandlung (z. B. Zahnfüllungen, Zahnziehen, Parodontosebehandlungen, Prophylaxe, Arzneien)
- Röntgenaufnahmen der Zähne
- b) Zahnersatz und Kieferorthopädie
- Prothetik (z. B. auch Brücken, Implantate, Kronen, Inlays)
- Zahn- und Kieferregulierungen
- Gnathologie (Funktionsanalyse und -therapie), soweit die Gebühren für zahnärztliche Behandlung im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen auch zahntechnische Laborarbeiten, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für den Tarif VM 100 aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind, sowie Materialkosten.

Die erstattungsfähigen Höchstbeträge und die Leistungsinhalte dieses Verzeichnisses können unter den Voraussetzungen des § 18 AVB mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen angepasst werden. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie muss dem Versicherer vor Beginn von entsprechenden Maßnahmen ein Heil- und Kostenplan mit Begründung ihrer medizinischen Notwendigkeit vorgelegt werden, wenn die zu erwartenden Aufwendungen innerhalb eines Kalenderjahres 1.540 EUR übersteigen. Der Versicherer wird diesen Kostenvoranschlag unverzüglich prüfen und den tariflichen Leistungsbetrag verbindlich bekannt geben. Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Aufwendungen. Wird kein Heil- und Kostenplan vorgelegt, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie für den 1.540 EUR übersteigenden Teil zu 50 % ersetzt.

##### 4. Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- Krankenhauspflegesatz
- gesondert berechenbare Nebenleistungen (diagnostische und therapeutische Verfahren sowie Medikamente, die nicht im Pflegesatz berücksichtigt sind)
- Leistungen der Hebamme
- medizinisch notwendiger Transport zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km
- Unterkunftszuschlag für Zweibettzimmer sowie gesonderte Zuschläge für Verpflegung, Sanitärzelle, Fernsprecher, Radio- und Fernsehgerät
- gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Bei vorübergehenden Auslandsreisen sind die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransports aus dem Ausland erstattungsfähig, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist; zusätzlich werden die Mehrkosten für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch notwendig und ärztlich verordnet ist.

Beim Tode der versicherten Person im Ausland werden die Aufwendungen für die Bestattung am Sterbeort oder die Überführung zu deren letztem ständigen Wohnsitz erstattet bis zu 10.320 EUR.

#### II. 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 Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person. 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.