

## Tarif VM 120 Krankheitskostenvollversicherung für Ärzte - mit Selbstbehalt -

Stand: 01.05.2006, V141

### I. Allgemeines

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

2. Versicherungsfähig sind Ärzte (ausgenommen Zahn- und Tierärzte), die eine ärztliche Tätigkeit ausüben, 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.

### II. Versicherungsleistungen

#### 1. Leistungsumfang

Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für:

- |                                                                     |                 |
|---------------------------------------------------------------------|-----------------|
| a) ambulante Heilbehandlung<br>(siehe Ziffer 2)                     | <b>zu 100 %</b> |
| b) zahnärztliche Behandlung<br>(siehe Ziffer 3)                     |                 |
| – Zahnbehandlung                                                    | <b>zu 100 %</b> |
| – Zahnersatz und Kieferorthopädie<br>(mit Heil- und Kostenplan)     | <b>zu 75 %</b>  |
| c) stationäre Heilbehandlung im Zweibettzimmer<br>(siehe Ziffer 5). | <b>zu 100 %</b> |

Jährlicher Selbstbehalt für Leistungen bei ambulanter und zahnärztlicher Behandlung (siehe Ziffer 4):

- |                      |                |
|----------------------|----------------|
| – für Erwachsene     | <b>370 EUR</b> |
| – Kinder/Jugendliche | <b>185 EUR</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 im Rahmen der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung
- Heilmittel: medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Wärme-, Licht- und Elektrotherapie, Krankengymnastik
- Hilfsmittel: Bandagen, Brillengestelle (bis zu 110 EUR Rechnungsbetrag), Brillengläser, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gipsliesgeschalen, Gummistrümpfe, Hörgeräte,

Kontaktlinsen, Korrekturschienen, 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)
  - Erstellen eines Heil- und Kostenplanes,

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 des Versicherers aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind, sowie Materialkosten.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie muss dem Versicherer vor Beginn von entsprechenden Maßnahmen ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorgelegt werden, wenn die zu erwartenden Aufwendungen innerhalb eines Kalenderjahres 1.540 EUR übersteigen. Der Versicherer wird diesen Kostenvoranschlag unverzüglich prüfen und den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen dem Versicherungsnehmer mitteilen. Wird der Heil- und Kostenplan nicht vor Beginn der Behandlung eingereicht, wird der 1.540 EUR übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie zu **50 %** ersetzt.

#### 4. Selbstbehalt

Der Selbstbehalt bezieht sich auf die Summe der sich je Kalenderjahr und versicherte Person ergebenden tariflichen Leistungen für ambulante Heilbehandlung, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie.

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

Beginnt die Versicherung nicht am ersten Januar, werden die Höchstbeträge des Selbstbehaltes für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden Monat gemindert, in dem die Versicherung nicht bestand. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich der Selbstbehalt nicht. Sobald eine versicherte Person das 19. Lebensjahr vollendet, gilt ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Selbstbehalt für Erwachsene.

#### 5. Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- allgemeine Krankenhausleistungen
- Leistungen der Hebamme im Rahmen der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV)
- medizinisch notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km
- Unterkunftszuschlag für Zweibettzimmer sowie für die Bereitstellung von Telefon, 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.

### **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 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.