

Tarif AmbulantPRIVAT

Ambulante Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Stand: 01.11.2004, V662

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

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 AmbulantPRIVAT endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung in der GKV endet.

II. Versicherungsleistungen

1. Ambulante Heilbehandlung nach Vorleistung durch die GKV

Nach Vorleistung durch die GKV sind bei ambulanter Heilbehandlung folgende Aufwendungen erstattungsfähig:

- a) ärztliche Leistungen, z. B.: Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, ambulante Operationen
 - ärztliche Betreuung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt
 - Röntgenleistungen, Strahlendiagnostik und Strahlentherapie.Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für künstliche Befruchtung.
- b) zahnärztliche Behandlungen:
 - konservierende und chirurgische Zahnbehandlung (z. B. Zahnfüllungen, Zahnextraktion)
 - Parodontosebehandlungen
 - Prophylaxe
 - Röntgenaufnahmen der Zähne.Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz (z. B. Zahnkronen, Brücken, Prothesen, Implantate, Inlays) einschließlich der mit dem Zahnersatz in Verbindung stehenden Zahnbehandlung, Gnathologie (Funktionsanalyse und -therapie), Kieferorthopädie, Heil- und Kostenpläne.
- c) gezielte Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten im Rahmen der gesetzlich eingeführten Programme;
- d) psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte, Fachärzte, approbierte Ärztliche Psychotherapeuten, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten;
- e) Schutzimpfungen;
- f) Leistungen der Hebamme und des Entbindungspfleger für die Überwachung der Schwangerschaft sowie während einer ambulanten Entbindung und während des Wochenbettes;
- g) Arznei- und Verbandmittel;
- h) Heilmittel: physikalische Therapie, podologische Therapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Ergotherapie, soweit diese durch von der GKV zugelassene Leistungserbringer erbracht werden;
- i) Hilfsmittel (außer Brillengläser, -fassung und Kontaktlinsen) bis zu einem Erstattungsbetrag von 500 EUR im Kalenderjahr;
- j) Transporte zur ambulanten Notfallbehandlung.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören auch die gesetzlich festgelegten Zuzahlungen gemäß § 61 SGB V sowie die von der GKV wegen der Wahl der Kostenerstattung erhobenen Abschläge.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu

90 %

abzüglich der Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ersetzt. Mit der GKV vertraglich vereinbarte Selbstbehalte gelten als Leistung der GKV.

2. Ambulante Heilbehandlung ohne Vorleistung durch die GKV

Besteht kein Anspruch auf Vorleistung durch die GKV, sind bei ambulanter Heilbehandlung folgende Aufwendungen erstattungsfähig:

- a) ärztliche Leistungen, z. B.:
 - Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, ambulante Operationen

- ärztliche Betreuung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt

- Röntgenleistungen, Strahlendiagnostik und Strahlentherapie.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlung, künstliche Befruchtung sowie Behandlungen durch Heilpraktiker.

b) zahnärztliche Behandlungen:

- konservierende und chirurgische Zahnbehandlung (z. B. Zahnfüllungen, Zahnextraktion)
- Parodontosebehandlungen
- Prophylaxe
- Röntgenaufnahmen der Zähne.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz (z. B. Zahnkronen, Brücken, Prothesen, Implantate, Inlays) einschließlich der mit dem Zahnersatz in Verbindung stehenden Zahnbehandlung, Gnathologie (Funktionsanalyse und -therapie), Kieferorthopädie, Heil- und Kostenpläne.

c) gezielte Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte zur Früherkennung von Krankheiten im Rahmen der gesetzlich eingeführten Programme, jedoch ohne Altersbegrenzung;

d) Leistungen der Hebamme und des Entbindungspfleger für die Überwachung der Schwangerschaft sowie während einer ambulanten Entbindung und während des Wochenbettes;

e) verschreibungspflichtige Arzneimittel sowie Verbandmittel;

f) apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel bis zu einem Erstattungsbetrag von 200 EUR im Kalenderjahr;

g) Heilmittel bis zu einem Erstattungsbetrag von 200 EUR im Kalenderjahr:

- physikalische Therapie durch Ärzte, staatlich geprüfte Krankengymnasten, Physiotherapeuten, Masseure, Masseure und medizinische Bademeister sowie Fachkräfte für Lymphdrainage
- Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie durch Ärzte und Logopäden, staatlich anerkannte Sprachtherapeuten, staatlich geprüfte Atem-, Sprech- und Stimmlehrer, Medizinische Sprachheilpädagogen sowie Diplomlehrer, -vorschulerzieher und -erzieher für Sprachgeschädigte/Sprachgestörte
- Ergotherapie durch Ergotherapeuten.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu

50 %

ersetzt.

3. Allgemeine Bestimmungen

Erstattet werden die Gebühren bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen (GOÄ, GOZ, GOP, HebGV) und entsprechend deren Bemessungsgrundsätzen. Heilmittel werden bis zu den beihilfefähigen Sätzen des Bundes erstattet.

Sofern ein Anspruch auf Leistungen gegenüber der GKV besteht, sind diese Leistungen in Anspruch zu nehmen.

Die Originalrechnungen sind zusammen mit dem Erstattungsvermerk und dem Abrechnungsschreiben der GKV einzureichen. Aus dem Abrechnungsschreiben der GKV müssen sich deren Einzelleistungen (Erstattungsbetrag, Selbstbehalt, Verwaltungsgebühren, sonstige Abzugsbeträge) ergeben. Aufwendungen für Arzneimittel sind durch Vorlage der ärztlichen Verordnung im Original mit dem Quittungsvermerk der Apotheke nachzuweisen.

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 Geschlecht und 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 Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8a AVB/VT.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
GOZ	Gebührenordnung für Zahnärzte
HebGV	Hebammenhilfe-Gebührenverordnung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch