

Vertragsgrundlage 319

Tarif 350E - für Kosten von Kurbehandlungen

Seite 1 von 3 Stand: 01.2008

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) Teil II, Tarif mit Tarifbedingungen

- Teil I: siehe AVB/KK 2008 -

1. Leistungen des Versicherers	<p>1.1 Allgemeines Dieser Tarif kann unabhängig von dem Bestehen anderweitiger Versicherungen abgeschlossen werden.</p> <p>1.2 Erstattungsfähige Aufwendungen</p> <p>1.2.1 Genesungskur Bei einer Genesungskur in einem Kur- oder Badeort sowie in einer Heilstätte (Sanatorium) sind erstattungsfähig die Aufwendungen für</p> <p>a) Unterkunft und Verpflegung; b) Leistungen der Ärzte, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen entsprechen; c) Arznei- und Verbandmittel (Nähr- und Stärkungsmittel, kosmetische Badezusätze u. ä. gelten nicht als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind); d) Heilmittel Als Heilmittel gelten medizinische und elektrische Bäder, Inhalationen, Massagen, Gymnastik, Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen; e) Kurplan und Kurtaxe Als Genesungskur gilt ein Kuraufenthalt, der spätestens 6 Monate nach Ablauf einer stationären Krankenhausbehandlung von mindestens 15-tägiger Dauer oder einer Krankenhausbehandlung von mindestens 10-tägiger Dauer in Verbindung mit einer Operation beginnt und zur Sicherstellung des Heilerfolges medizinisch notwendig ist. Die medizinische Notwendigkeit ist durch ärztliches Attest vor Beginn des Kuraufenthaltes nachzuweisen.</p> <p>1.2.2 Sonstige Kur Bei einer sonstigen Kur in einem Kur- oder Badeort sowie in einer Heilstätte (Sanatorium) sind erstattungsfähig die Aufwendungen für</p> <p>a) Leistungen der Ärzte, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen entsprechen; b) Arznei- und Verbandmittel (Nähr- und Stärkungsmittel, kosmetische Badezusätze u. ä. gelten nicht als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind); c) Heilmittel Als Heilmittel gelten medizinische und elektrische Bäder, Inhalationen, Massagen, Gymnastik, Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen; d) Kurplan und Kurtaxe Als sonstige Kur gilt ein medizinisch notwendiger Kuraufenthalt, der im Übrigen die Voraussetzungen für eine Genesungskur (vergl. Ziff. 1.2.1) nicht erfüllt. Die medizinische Notwendigkeit der sonstigen Kur ist durch ärztliches Attest vor Beginn des Kuraufenthaltes nachzuweisen.</p> <p>1.2.3 Sofern ein Träger der Sozialversicherung nachweislich eine Kur genehmigt hat und die Kosten voll übernimmt oder sich an den Kosten beteiligt, ist die Vorlage von ärztlichen Attesten zur Begründung einer Genesungskur oder sonstigen Kur nicht erforderlich.</p> <p>1.2.4 Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden nach Maßgabe der Ziff. 1.3 ersetzt.</p>	<p>1.3 Höhe des Kostenersatzes</p> <p>1.3.1 Die Höhe des Kostenersatzes ergibt sich aus der Anzahl der vereinbarten Stufen.</p> <p>1.3.2 Bei einer Genesungskur ersetzt der Versicherer je Stufe 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu 1,00 EUR täglich, je Kalenderjahr längstens bis zur Dauer von 30 Tagen.</p> <p>1.3.3 Bei einer sonstigen Kur ersetzt der Versicherer je Stufe 100% der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu 8,00 EUR innerhalb von 2 aufeinander folgenden Kalenderjahren.</p> <p>1.4 Leistungen an Stelle von Kostenersatz</p> <p>1.4.1 Werden die tariflichen Leistungen gemäß Ziff. 1.3.1 bis 1.3.3 nicht in Anspruch genommen, z. B. weil ein Träger der Sozialversicherung Kurkosten übernommen hat, gilt folgendes:</p> <p>a) bei einer Genesungskur zahlt der Versicherer an Stelle des Kostenersatzes gemäß Ziffer 1.3.2 je Stufe ein Kurtagegeld von 0,40 EUR, je Kalenderjahr längstens auf die Dauer von 30 Tagen; b) bei einer sonstigen Kur zahlt der Versicherer an Stelle des Kostenersatzes gemäß Ziffer 1.3.3 je Stufe eine Kurpauschale von 3,20 EUR, einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Kalenderjahren.</p> <p>1.5 Leistungsanpassung</p> <p>1.5.1 Der Versicherer vergleicht jährlich die durchschnittlichen Behandlungskosten, die der Erstattung zu Grunde liegen, mit den entsprechenden Durchschnittskosten, die im ersten vollen Kalenderjahr nach Einführung des Tarifes beobachtet wurden bzw. der letzten Leistungsanpassung zu Grunde lagen. Ergibt die Gegenüberstellung eine durchschnittliche Veränderung von mehr als 10%, so wird der Versicherungsschutz leistungs- und beitragsmäßig entsprechend angepasst.</p> <p>1.5.2 Die Leistungsanpassung erfolgt bei gestiegenen Durchschnittskosten durch Erhöhung der Anzahl der vereinbarten Stufen um eine oder mehrere Stufen unter Erhebung des entsprechenden Mehrbeitrags (vgl. Ziff. 2.1.1). Bei gesunkenen Durchschnittskosten werden die Anzahl der vereinbarten Stufen und der Beitrag entsprechend vermindert.</p> <p>1.5.3 Ohne Text</p> <p>1.5.4 Die Leistungsanpassung wird zum Ersten des Monats wirksam, der auf den Zugang der Anpassungsmittlung beim Versicherungsnehmer folgt, soweit kein späterer Zeitpunkt bestimmt wird. Für laufende Versicherungsfälle wird vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Anpassung an Versicherungsschutz nach den geänderten Leistungssätzen gewährt.</p> <p>1.5.5 Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer verlangen, die Leistungsanpassung ganz oder teilweise rückgängig zu machen. Dieses Recht erlischt am Ersten des Monats, der auf das Wirksamwerden der Leistungsanpassung folgt.</p>
2. Leistungen des Versicherungsnehmers	<p>2.1 Monatsbeiträge</p> <p>2.1.1 Die Beiträge ergeben sich aus den jeweils gültigen Beitragsübersichten. Sie richten sich nach dem Ge-</p>	<p>schlecht und dem Alter der versicherten Personen bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter). Bei einer Umstufung, Beitrags- oder Leistungsan-</p>

Fortsetzung

passung wird auch das erreichte Lebensalter berücksichtigt (vgl. § 8 a (2) AVB Teil I und Ziff. 2.1.2). Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

2.1.2 Bei nachträglicher Hinzunahme weiterer Tarife ist für diese der Beitrag für dasjenige Eintrittsalter zu zahlen, das dem erreichten Alter entspricht.

2.1.3 Verheiratete unter 21 Jahren zahlen den ihrem Geschlecht entsprechenden Beitrag für 21-jährige.

2.1.4 Verheiratete unter 21 Jahren und 21- 34-jährige Personen, die sich nachweislich in Schul- oder Berufsausbildung befinden oder ein freiwilliges soziales Jahr leisten, können auf Antrag zu dem ihrem Geschlecht entsprechenden Jugendlichenbeitrag, zusätzlich eines vom erreichten Alter abhängigen in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Zuschlags, versichert werden .

2.1.5 Für Kinder, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 15. Lebensjahr vollendet haben, ist ab 1. Januar des folgenden Jahres der ihrem Geschlecht entsprechende Beitrag der Beitragsgruppe für Jugendliche zu zahlen. Für Jugendliche und die nach Ziff 2.1.4 versicherten Personen, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 20. Lebensjahr vollendet haben, ist ab 1. Januar des folgenden Jahres der ihrem Alter und Geschlecht entsprechende Erwachsenenbeitrag zu zahlen, es sei denn, dass der Nachweis über das Weiterbestehen einer Schul- oder Berufsausbildung oder eines freiwilligen sozialen Jahres erbracht wird und bei Ablauf des Kalenderjahres das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet ist. Diese Umstufung gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne des § 8 a (2) AVB Teil I.

2.2 Mahnkosten (§ 8 (5) AVB Teil I)

Kosten für Mahnschreiben werden in gesetzlich zulässiger Höhe in Rechnung gestellt.

3. Besondere Bestimmungen

3.1 Zu § 1 AVB Teil I - Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

3.1.1 Annahme des Antrags (§ 1 (3) AVB Teil I)

Die Annahme des Antrags kann von besonderen Bedingungen abhängig gemacht werden, wenn sie zu den normalen Geschäftsbedingungen nicht möglich ist.

3.1.2 Versicherungsschutz außerhalb Europas (§ 1 (4) AVB Teil I)

a) Bei vorübergehendem Aufenthalt (bis zu zwei Monaten) im außereuropäischen Ausland gewährt der Versicherer Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihres Gesundheitszustandes antreten kann, besteht Versicherungsschutz über zwei Monate hinaus.

b) Auf Antrag kann der Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag auf längere Aufenthalte im außereuropäischen Ausland ausgedehnt werden.

3.1.3 Bei Vorliegen der bedingungsgemäßen Voraussetzungen kann die Versicherung auf Antrag vorübergehend in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt werden.

3.2 Zu § 2 AVB Teil I - Beginn des Versicherungsschutzes

Keine ergänzenden Bestimmungen.

3.3 Zu § 3 AVB Teil I - Wartezeiten

3.3.1 Wartezeit bei Umstufungen

Bei Umstufungen sind die Wartezeiten nur für die zusätzlichen oder höheren Leistungen zu erfüllen.

3.3.2 Besondere Wartezeiten (§ 3 (3) AVB Teil I)

Die besondere Wartezeit beträgt für Zahnbehandlung nur 3 Monate und für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen 8 Monate.

3.3.3 Wartezeiterlass (§ 3 (4) AVB Teil I)

Die Wartezeiten können auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis auf einem Formular des Versicherers über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

3.3.4 Wartezeit bei erstmaliger Versicherung

Bei erstmaliger Versicherung verzichtet der Versicherer auf die Wartezeiten gemäß § 3 (2) und (3) AVB Teil I.

3.4 Zu § 4 AVB Teil I - Umfang der Leistungspflicht

3.4.1 Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung
Die aus dem Überschuss des Versicherers der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung geschäftsplanmäßig zugeführten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragser-

höhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines Notstandes heranzuziehen.

Der Vorstand des Versicherers bestimmt im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Verwendung.

Für den Fall einer Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung für Versicherte eines Tarifes gelten folgende Bestimmungen:

a) Die Auszahlung oder Gutschrift erfolgt für die nach dem Tarif versicherten Personen, denen für das vorhergehende Kalenderjahr weder tarifliche noch außertarifliche Leistungen nach diesem Tarif gewährt worden sind und deren Beitrag für 12 Monate des vorhergehenden Kalenderjahres ohne Verzug bezahlt worden ist.

b) Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung und deren Höhe können auch davon abhängig gemacht werden, dass die Voraussetzungen nach Buchstabe a) für mehrere aufeinander folgende Kalenderjahre, für mehrere Tarife einer versicherten Person und/oder für mehrere versicherte Personen eines Versicherungsnehmers erfüllt sind.

3.4.2 Anwartschaft auf Beitragsermäßigung

In den nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankheitskostentarifen werden nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und den Berechnungsgrundlagen des Versicherers zusätzliche Beträge der Deckungsrückstellung zugeschrieben und verwendet. Die Zuschreibung erfolgt jährlich. Dieser Teil der Deckungsrückstellung führt spätestens ab Vollendung des 65. Lebensjahres des Versicherten zu Beitragsermäßigungen entsprechend den Berechnungsgrundlagen des Versicherers.

3.4.3 Bundeswehrkrankenhäuser

Als Krankenhaus im Sinne von § 4 (4) AVB Teil I gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser.

3.5 Zu § 5 AVB Teil I -Einschränkung der Leistungspflicht

3.5.1 Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort (§ 5 (1e) AVB, Teil I)
Für ambulante Heilbehandlungen - nicht für Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen - in einem Heilbad oder Kurort leistet der Versicherer in tariflichem Umfang.

Fortsetzung

3.6 Zu § 6 AVB Teil I - Auszahlung der Versicherungsleistungen**3.6.1 Nachweise**

Der Versicherer gewährt die Tarifleistung nur gegen Einreichung der Originalrechnungen. Diese müssen den Namen des Rechnungsausstellers sowie den Vor- und Zunamen der behandelten Person tragen, Krankheitsbezeichnungen enthalten und nach Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen spezifiziert sein.

Hat sich ein anderer Versicherer an den Kosten beteiligt, so sind Zweitschriften der Belege mit Erstattungsvermerk erforderlich.

Rezepte sind zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung, die Rechnung über Heil- und Hilfsmittel zusammen mit der Verordnung, einzureichen.

Für die Zahlung eines Krankenhaustagegeldes muss eine Bescheinigung der Krankenanstalt vorgelegt werden, sofern Krankheitsbezeichnungen sowie Beginn und Ende der stationären Behandlung nicht aus eingereichten Kostenbelegen ersichtlich sind.

3.7 Zu § 7 AVB Teil I - Ende des Versicherungsschutzes
Keine ergänzenden Bestimmungen.**3.8 Zu § 8, 8 a, 8 b AVB Teil I - Beitragszahlung, Beitragsberechnung, Beitragsanpassung****3.8.1 Vertragsdauer (§ 8 (2) AVB Teil I)**

Der Vertrag ist für die Dauer des ersten Versicherungsjahres abgeschlossen. Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als 1. Versicherungsjahr. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein Kalenderjahr, sofern nicht fristgemäß gekündigt wird.

Bei Umstufungen innerhalb des Tarifs oder auf einem anderen Tarif sowie bei Beitrags- und Leistungsanpassungen, ändert sich das bisherige Versicherungsjahr nicht.

3.8.2 Ohne Text**3.8.3 Beitragsanpassung (§ 8 b AVB Teil I)**

a) Der in § 8 b (1) AVB Teil I erwähnte Vomhundertsatz beträgt für die Sterbewahrscheinlichkeit 5, für die Versicherungsleistungen 10.

b) Müssen die Beiträge angepasst werden, so können auch betragsmäßig festgelegte Leistungen, die zum Ausgleich für eine versicherte, aber nicht beanspruchte Kostenerstattung gewährt werden, angepasst werden.

3.9 Zu §§ 9 bis 14 AVB Teil I - Obliegenheiten, Folgen von Obliegenheitsverletzungen, Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüche gegen Dritte, Aufrechnung, Kündigung durch den Versicherungsnehmer, Kündigung durch den Versicherer.

Keine ergänzenden Bestimmungen.

3.10 ohne Text**3.11 Zu § 15 AVB Teil I - Sonstige Beendigungsgründe****3.11.1 Wegzug aus dem Tätigkeitsgebiet (§ 15 (3) AVB Teil I)**

Tätigkeitsgebiet des Versicherers ist Deutschland. Bei einer vorübergehenden Verlegung des Wohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat, der weder Mitgliedsstaat der Europäischen Union noch des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach Wegzug verlangen, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

3.12 Zu §§ 16 bis 19 AVB Teil I - Willenserklärungen und Anzeigen, Gerichtsstand Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Wechsel in den Standardtarif

Keine ergänzenden Bestimmungen.