

Krankheitskosten-Tarif MAX für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

(Stand: 01.01.2013)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1.

Ambulante Behandlung

- 100 %** der Aufwendungen für
- ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Ärzte und – im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker – durch Heilpraktiker
 - ambulante Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung, auch durch Hebammen
 - Arzneien und Verbandmittel
 - Heil- und Hilfsmittel (außer Sehhilfen)
 - Sehhilfen bis zur Höhe von 260 EUR. Ein Anspruch auf die Leistung für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht frühestens nach 24 Monaten seit dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 24 Monaten entsteht ein erneuter Anspruch nur bei einer Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien.
 - Notfall-Rettungsdienst
 - häusliche Behandlungspflege
 - psychotherapeutische Leistungen.
- Die Entbindungspauschale beträgt 1.230 EUR.

2.

Stationäre Behandlung

- 100 %** der Aufwendungen für
- Unterbringung, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistungen, Krankentransporte und im Notfall-Rettungsdienst mit geeigneten Transportmitteln (z. B. Krankentransportwagen, Hubschrauber, Flugzeug), je Versicherungsfall bis zu 100 km, mindestens aber bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus
 - gesondert berechnete ärztliche Leistungen
 - gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer.

3.

Zahnbehandlung, -ersatz und Kieferorthopädie

- 100 %** der Aufwendungen für allgemeine und prophylaktische zahnärztliche Leistungen, konservierende und chirurgische Leistungen einschließlich Röntgenleistungen sowie Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

- 80 %** der Aufwendungen für prothetische Leistungen einschließlich Kronen und Einlagefüllungen (Inlays) (auch bei Versorgung eines Einzelzahns), Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen, die damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen sowie kieferorthopädische Maßnahmen.

Zu Beginn der Versicherung sind die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung, -ersatz und Kieferorthopädie auf folgende Höchstsätze begrenzt

- 2.560 EUR im 1. Kalenderjahr
- 3.840 EUR im 2. Kalenderjahr
- 5.120 EUR im 3. Kalenderjahr
- 6.400 EUR im 4. Kalenderjahr
- 7.680 EUR im 5. Kalenderjahr.

Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls entfallen diese Höchstsätze. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MAX ab 6. Versicherungsjahr.

Leistungen des Versicherers

4. Rücktransport, Überführung oder Beisetzung

- 100 %** der Aufwendungen für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport aus dem Ausland. Mitversichert sind auch die Mehrkosten einer krankheitsbedingt außerplanmäßigen Rückreise.
- 100 %** der Aufwendungen für
- eine Überführung nach dem Tode der versicherten Person aus dem Ausland zum ständigen Wohnsitz vor Beginn der Reise oder
 - die Beisetzung im Ausland bei Tod während des Auslandsaufenthaltes bis zu der Höhe, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

B. Selbstbeteiligung

Selbstbeteiligung

Die Selbstbeteiligung beträgt pro Person und Kalenderjahr

	in Tarifstufe	
	MAX 1	MAX 2
für Erwachsene (d. h. ab Alter 21)	1.344 EUR	2.784 EUR
für Kinder und Jugendliche die Hälfte, also jeweils bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird.	672 EUR	1.392 EUR

Bei Versicherung eines Neugeborenen (vgl. § 2 Abs. 2 AVB) hat der Versicherungsnehmer die Wahl zwischen den abschließbaren Tarifstufen mit der für Kinder und Jugendlichen geltenden Selbstbeteiligung.

Auf die Selbstbeteiligung angerechnet werden nur die erstattungsfähigen Aufwendungen.

C. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterungen

1. Als häusliche Behandlungspflege gelten ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegehilfskräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z. B. Injektionen, Verbände, Blutdruckmessungen).
2. Ein aus medizinischen Gründen erforderlicher Rücktransport aus dem Ausland liegt vor, wenn für die Rückreise aus Krankheitsgründen die Benutzung einer besonderen Krankentransporteinrichtung (z. B. Krankenwagen, Krankenliege im Flugzeug) notwendig ist, wenn am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist oder wenn nach Art und Schwere der Erkrankung eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde.
3. Abweichend von § 1 Abs. 4.1 AVB besteht weltweiter Versicherungsschutz bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt.
4. Abweichend von § 4 Abs. 2.1 AVB werden Arztkosten für stationäre Behandlung auch über den Rahmen der in der Bundesrepublik gültigen Gebührenordnungen hinaus erstattet, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.
5. Wird eine Kostenübernahmeerklärung zum Zweck der unmittelbaren Kostenabrechnung mit dem Krankenhaus oder Transportunternehmen beantragt, hat der Versicherungsnehmer eine noch offene Selbstbeteiligung durch Zahlung auszugleichen, wenn eine Verrechnung mit anderen Versicherungsleistungen aus dem Vertrag nicht möglich ist.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.
2. Sobald eine versicherte Person das 12. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.