

Allgemeine
Versicherungsbedingungen (AVB)
Teil III

VollMed Tarif Akzent

KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I: Musterbedingungen (MB/KK 2009) und Teil II: Tarifbedingungen (in einem gesonderten Druckstück B 270).

V e r s i c h e r u n g s l e i s t u n g e n

Kostenersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für:

1. **Ambulante Heilbehandlung**

- Heilbehandlung durch Ärzte und Heilpraktiker sowie ärztliche Vorsorgeuntersuchungen gemäß § 4 Abs. 2.1 und Abs. 2.6 der AVB. Bei Heilpraktikern wird für die Erstattung gemäß § 4 Abs. 2.1 der AVB die jeweils gültige Gebührenordnung für Heilpraktiker zugrunde gelegt.
- Überwachung der Schwangerschaft durch Arzt, Hebamme oder Entbindungspfleger sowie Hausentbindungen.
- Psychotherapie bis zu 50 Sitzungen pro Kalenderjahr. Die darüber hinaus gehenden Sitzungen können als erstattungsfähig anerkannt werden, sofern der Versicherte diese vor ihrem Beginn schriftlich zugesagt hat (vgl. § 4 Abs. 2.4 und 2.5 der AVB).
- Arzneien (inkl. zugehöriger Applikationshilfen) und Verbandmittel.
- Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff.
- Heilmittel gemäß § 4 Abs. 3.2 der AVB: z.B. Bäder, Massagen, physikalische und elektrische Behandlungen.
- Hilfsmittel gemäß § 4 Abs. 3.3 der AVB: Brillen (Brillenfassungen sind bis maximal 160 Euro pro Kalenderjahr erstattungsfähig), Kontaktlinsen, Hörgeräte, Sprechgeräte, Stützapparate, orthopädische Einlagen, orthopädische Schuhe, Bandagen, Bruchbänder, Kompressionsstrümpfe, Prothesen, Krankenfahrstühle, Gehhilfen, und Ähnliches.
Bitte setzen Sie sich vor dem Bezug von Hörgeräten, Beatmungsgeräten, Krankenfahrstühlen und Ähnlichem mit uns in Verbindung. Telefonisch erreichen Sie uns unter 0800/3746 444 (gebührenfreie Rufnummer).
- Häusliche Krankenpflege bis zu den Beträgen, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.
Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

Wir ersetzen Aufwendungen für häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn eine ambulante Palliativversorgung erforderlich ist oder eine ärztliche Krankenpflege nicht in Frage kommt.
Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Behandlungspflege, Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

Zudem ersetzen wir in folgenden Fällen Aufwendungen für die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (Unterstützungspflege):

- Wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit,
- nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt,
- nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung.

Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt.

- Haushaltshilfe bis zu 15 Euro pro Stunde und 90 Euro pro Tag.
Wir ersetzen Aufwendungen für ärztlich verordnete Haushaltshilfe. Dies setzt voraus, dass der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes aus folgenden Gründen nicht möglich ist:

- Wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit,
- nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt,
- nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung.

Außerdem kann keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen.

Der Anspruch für die Haushaltshilfe besteht längstens für vier Wochen. Weitere Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt. Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn im Haushalt ein Kind lebt. Dieses hat bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist behindert und auf Hilfe angewiesen. Zudem verlängert sich in diesen Fällen der Anspruch auf Haushaltshilfe auf längstens 26 Wochen.

Führen Verwandte und Verschwägte bis zum zweiten Grad die Hilfe durch, gilt: Wir ersetzen die erforderlichen Fahrkosten (0,22 Euro pro Km) und einen etwaigen Verdienstausschlag ebenfalls insgesamt bis zu 15 Euro pro Stunde und 90 Euro pro Tag.

- Kurzzeitpflege bis zu dem nach § 42 Abs. 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Höchstbetrag¹.

Wir ersetzen bei Kurzzeitpflege nur die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und medizinische Behandlungspflege.

Für den Leistungsanspruch müssen folgende Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sein:

- Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form der Unterstützungspflege nach Nr. 1 Punkt 8 reichen bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung nicht aus, um ein Verbleiben in der Häuslichkeit zu ermöglichen.
- Die Kurzzeitpflege muss ärztlich verordnet sein.
- Die Kurzzeitpflege muss in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden.
- Es liegt keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vor.

Ein Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf 8 Wochen je Kalenderjahr begrenzt.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen für die Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten.

- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung bis zu den Beträgen, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Anspruchsberechtigt sind versicherte Personen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung. Gleichzeitig muss die Lebenserwartung begrenzt sein. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung kann auch in stationären Pflegeeinrichtungen oder einer vergleichbaren geeigneten Einrichtung erbracht werden.

2. Krankentransporte

Medizinisch notwendige Fahrten und Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus.

3. Krankenrücktransport aus dem Ausland

Kosten für den Rücktransport einer akut erkrankten Person aus dem Ausland an seinen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, wenn eine ausreichende medizinische Behandlung im Reiseland nicht gewährleistet ist sowie der Transport für eine Begleitperson, sofern diese Begleitung medizinisch notwendig bzw. von den zuständigen Behörden oder der Fluggesellschaft angeordnet wurde. Die medizinischen Gründe für die Begleitung sind durch ein ärztliches Attest nachzuweisen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen.

4. Überführung aus dem Ausland bzw. Bestattung im Ausland

Kosten für die Überführung eines durch Krankheit oder Unfall im Ausland Verstorbenen an seinen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland. Bestattungskosten außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bis zu dem Betrag, der bei einer Überführung erstattet worden wäre.

¹ Höchstbetrag 1.774 Euro (Stand: 1. Januar 2022)

5. Stationäre Heilbehandlung

- Unterbringung, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als Regelleistung gemäß § 4 Abs. 4.1 und 4.2 AVB.
- Gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer. Wird keine gesonderte Unterbringung und Verpflegung berechnet, so wird ein Krankenhaustagegeld von 50 Euro gezahlt. Dieses Krankenhaustagegeld wird auf bestehende Selbstbehalte angerechnet.
- Gesondert berechnete privatärztliche Behandlung gemäß § 4 Abs. 4.4 und 4.5 der AVB sowie Leistungen durch Hebamme und Entbindungspfleger. Wird keine gesonderte Leistung berechnet, so wird ein Krankenhaustagegeld von 50 Euro gezahlt. Dieses Krankenhaustagegeld wird auf bestehende Selbstbehalte angerechnet.
- Bei ambulanter Entbindung ersatzweise eine Pauschalleistung von 270 Euro. Diese Pauschalleistung wird auf bestehende Selbstbehalte angerechnet.
- Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson bei Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr aus der Versicherung des Kindes, sofern mindestens ein Elternteil nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers versichert ist.

6. Zahnbehandlung und Zahnersatz

- 6.1 Zur Zahnbehandlung zählen die Leistungen gemäß § 4 Abs. 2.7 der AVB einschließlich professioneller Zahnreinigung.
- 6.2 Zu Zahnersatz zählen die Leistungen gemäß § 4 Abs. 2.8 der AVB (Zahnkronen, Kieferorthopädie sowie prothetische und implantologische Leistungen, insbesondere Brücken und Stiftzähne). Bei einer kieferorthopädischen Behandlung werden 80% der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt. Wird die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten, medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen, so wird die getragene Selbstbeteiligung von 20% der Aufwendungen in einer Summe nach erstattet, sofern
- der Behandlungsplan des Zahnarztes bzw. Kieferorthopäden vor Behandlungsbeginn vorgelegt wurde und
 - der erfolgreiche Behandlungsabschluss durch ein zahnärztliches bzw. kieferorthopädisches Zeugnis nachgewiesen wird.
- 6.3 Der Erstattungsbetrag für Zahnbehandlung und Zahnersatz ist insgesamt begrenzt auf:

- 1.000 Euro insgesamt im 1. Kalenderjahr
- 1.500 Euro insgesamt im 1. bis 2. Kalenderjahr
- 2.500 Euro insgesamt im 1. bis 3. Kalenderjahr
- 5.000 Euro insgesamt im 1. bis 4. Kalenderjahr
- 7.500 Euro insgesamt im 1. bis 5. Kalenderjahr
- 10.000 Euro insgesamt im 1. bis 6. Kalenderjahr

Die Begrenzung des Erstattungsbetrages entfällt ab dem 7. Kalenderjahr oder bei unfallbedingter zahnärztlicher/kieferorthopädischer Behandlung.

Überschreiten die voraussichtlichen Aufwendungen einer Behandlung insgesamt 1.500 Euro, so empfehlen wir, vor Behandlungsbeginn einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes sowie einen Kostenvoranschlag über zahn-technische Laborarbeiten und Materialien vorzulegen. Wir prüfen den Heil- und Kostenplan und geben Ihnen über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

7. Selbstbeteiligung

Die oben angegebenen Tarifleistungen gelten unter Abzug der tariflich vereinbarten Selbstbeteiligung. Die Selbstbeteiligung gilt pro Person und Kalenderjahr (vgl. § 4 Abs. 9 der AVB).

Nach VollMed Tarif Akzent beträgt die Selbstbeteiligung:

ab dem 20. Lebensjahr	
Frauen	2.500,00 Euro
Männer	2.500,00 Euro
ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr	
Frauen	2.000,00 Euro
Männer	2.000,00 Euro
bis zum 15. Lebensjahr	2.000,00 Euro.

Nach Vollendung des 14. bzw. 19. Lebensjahres gilt ab dem folgenden Kalenderjahr die Selbstbeteiligung der nächsthöheren Altersgruppe.

8. Beitragsentlastung

8.1 Gegenstand der Vereinbarung

- Ab Beginn des Monats, der bei Vereinbarung "Beitragsentlastung V 65" auf die Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person folgt, verringert sich der Monatsbeitrag, der dann für ihre Krankheitskostenversicherung bei der DKV zu zahlen ist, um den vereinbarten Entlastungsbetrag.
- Eine Vereinbarung "Beitragsentlastung V 65" kann frühestens mit Eintrittsalter 20 und nur bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres getroffen werden.

8.2 Entlastungsbetrag

- Es kann ein monatlicher Entlastungsbetrag in Stufen von jeweils 50 Euro bis höchstens zu dem bei Abschluss einer Vereinbarung aktuellen Beitrag für die Krankheitskostenversicherung der versicherten Person vereinbart werden.
- Eine Anhebung des vereinbarten Entlastungsbetrages bis zu dem nach Nr. 8.2 Abs. 1 aktuellen Beitrag für die Krankheitskostenversicherung kann bei Vereinbarung "Beitragsentlastung V 65" nur bis zur Vollendung des 59. Lebensjahres beantragt werden.
- Sinkt der Monatsbeitrag für die Krankheitskostenversicherung unter den Entlastungsbetrag, wird der Entlastungsbetrag zum gleichen Zeitpunkt so weit herabgesetzt, dass seine nächstliegende Stufe den Beitrag für die Krankheitskostenversicherung nicht mehr übersteigt. Die nach den technischen Berechnungsgrundlagen für den entfallenden Teil des Entlastungsbetrages gebildete Alterungsrückstellung wird auf den verbleibenden Beitrag angerechnet. Wenn unabhängig von einer Beitragsveränderung in der Krankheitskostenversicherung der vereinbarte Entlastungsbetrag herabgesetzt wird, gilt Satz 2 entsprechend.

8.3 Tarifbezeichnung

Im Versicherungsschein wird neben der vereinbarten Tarifvariante der Krankheitskostenversicherung das Alter, nach dessen Vollendung die Beitragsentlastung wirksam wird, und der vereinbarte Entlastungsbetrag angegeben, z. B.: VollMed Akzent V65 / 200 Euro.

8.4 Beitragsanpassung

Die Beiträge für die "Beitragsentlastung" werden im Rahmen einer Beitragsanpassung der Krankheitskostenversicherung nach § 8b AVB vom Versicherer überprüft. Bei einer Veränderung der Rechnungsgrundlagen in der Krankheitskostenversicherung können die Beiträge für die "Beitragsentlastung" mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

8.5 Beendigung der Vereinbarung "Beitragsentlastung"

- Die Vereinbarung "Beitragsentlastung" kann nur neben solchen Krankheitskostenversicherungen der DKV bestehen, die Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung vorsehen und bei denen - wie in diesem Druckstück - im Tariftteil bzw. in den jeweiligen Tariftteilen die "Beitragsentlastung" geregelt ist.
- Endet die Vereinbarung "Beitragsentlastung", wird die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Alterungsrückstellung auf den Beitrag einer bei der DKV für die versicherte Person weiter bestehenden Krankheitskostenversicherung angerechnet. Dabei kann eine sofortige Anrechnung oder eine Anrechnung zum Ablauf der vereinbarten Laufzeit gewählt werden.
- Für Versicherte, deren für die Beitragsentlastungsvereinbarung zugrunde liegende Krankheitskostenversicherung vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat und für die die Mitgabe des Übertragungswertes nach § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG nicht vorgesehen ist, gilt:

Endet mit der Vereinbarung "Beitragsentlastung" auch die Krankheitskostenversicherung nach Nr. 8.5 Abs. 1, und besteht dann für die versicherte Person keine andere Krankheitskostenversicherung mehr bei der DKV, verfällt die Alterungsrückstellung aus dieser Vereinbarung zugunsten der Versichertengemeinschaft.

Für Versicherte, deren für die Beitragsentlastungsvereinbarung zugrunde liegende Krankheitskostenversicherung ab dem 1. Januar 2009 begonnen hat und für die die Mitgabe des Übertragungswertes nach § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG vorgesehen ist, gilt:

Endet mit der Vereinbarung „Beitragsentlastung“ auch die Krankheitskostenversicherung nach Nr. 8.5 Abs. 1, und besteht dann für die versicherte Person keine andere Krankheitskostenversicherung mehr bei der DKV, gelten die Regelungen zu § 13 Abs. 8 AVB entsprechend.

Hat die Vereinbarung "Beitragsentlastung" zehn Jahre bestanden, wird der maßgebliche Gegenwert für die Alterungsrückstellung aus dieser Vereinbarung auf eine bestehende Pflegeergänzungsversicherung oder Krankenhausstagegeldversicherung angerechnet, soweit dadurch bei der weiter bestehenden Versicherung eine monatliche Beitragsrate von 2,56 Euro nicht unterschritten wird.

8.6 Dauer der Beitragszahlung

Der Beitrag für die "Beitragsentlastung" ist auch nach Vollendung des 65. Lebensjahres zu zahlen, und zwar bis zur Beendigung der Krankheitskostenversicherung.