

Tarife AGIL premium (TN0U bis TN3U) - Krankheitskostenversicherung für ambulante ärztliche und zahnärztliche sowie stationäre Heilbehandlung im Einbettzimmer und privatärztliche Behandlung

gültig ab 01.01.2013

Die Tarife TN0U bis TN3U gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013):
Teil I Musterbedingungen 2009
Teil II Tarifbedingungen 2013

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

In diese Tarife können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

2. Selbstbehalt

2.1 Höhe des Selbstbehalts

Von den tariflichen Leistungen wird zusätzlich der vereinbarte Selbstbehalt abgezogen. Dieser beträgt je versicherte Person und je Kalenderjahr im Tarif

TN0U	0 EUR
TN1U	480 EUR
TN2U	960 EUR
TN3U	1.920 EUR.

Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, die Hälfte des jeweiligen Selbstbehaltes.

Für Vorsorgemaßnahmen nach Nr. 3.3.2 sowie für professionelle Zahnreinigung und Zahnprophylaxemaßnahmen nach Nr. 3.4.1 gilt kein Selbstbehalt.

Die unter Nr. 3 vorgesehenen Erstattungsprozentsätze und betragsmäßigen Leistungsgrenzen gelten unabhängig vom Erreichen des jährlichen Selbstbehalts.

2.2 Selbstbehalt bei unterjährigem Versicherungsbeginn/-ende

Abweichend von § 4 Nr. 8 a) Sätze 2 bis 4 Teil II AVB/KK 2013 reduziert sich der kalenderjährliche Selbstbehalt je versicherte Person bei einem unterjährigem Beginn der Versicherung für jeden Monat des Kalenderjahres, in dem die Versicherung nicht bestanden hat, um 1/12.

Bei unterjähriger Beendigung des Versicherungsverhältnisses vermindert sich der Selbstbehalt nicht.

2.3 Änderung des Selbstbehalts

Bei Wechsel in einen Tarif mit einem anderen Selbstbehalt gilt Nr. 2.2 entsprechend. Der im Kalenderjahr der Änderung insgesamt für die versicherte Person zu tragende Selbstbehalt ist auf den höchsten Betrag begrenzt, der sich aus dem Vergleich der vereinbarten Selbstbehalte dieser Tarife ergibt.

3. Versicherungsleistungen

3.1 Heilbehandler

Im Rahmen dieser Tarife sind die Aufwendungen für Leistungen von Ärzten, Zahnärzten, Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Heilpraktikern sowie Hebammen bzw. Entbindungshelfern erstattungsfähig, ferner die Aufwendungen für die Behandlung durch Ärzte in Krankenhausambulanzen und in auch zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentren. Erfolgt die Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, müssen die genannten Behandler am jeweiligen Aufenthaltsort zugelassen sein.

3.2 Heilbehandlerliquidation

Abweichend von § 5 Nr. 1 Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2013 gilt:

3.2.1 Behandlung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland

Es werden, Entziehungsmaßnahmen ausgenommen (siehe Nr. 3.3.6 und 3.5.1), auch ärztliche und zahnärztliche Leistungen erstattet, die mit einer von der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) abweichenden Gebührenhöhe liquidiert werden. Dies setzt voraus, dass der Liquidation eine entsprechende sachlich und rechtlich begründete Vereinbarung über die Höhe der Vergütung (Honorarvereinbarung) zugrunde liegt.

Entsprechendes gilt für die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP).

Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker sind, nach dem jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig.

Aufwendungen für Hebammen /Entbindungspfleger sind erstattungsfähig nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger.

3.2.2 Behandlung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen, soweit sie den üblichen Berechnungssätzen des jeweiligen Aufenthaltsortes entsprechen.

3.3. Ambulante Heilbehandlung (einschließlich ambulanter Psychotherapie und Heilpraktikerleistungen), ausgenommen zahnärztliche Behandlung

3.3.1 Heilbehandlung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung werden ersetzt

- zu 100 %

3.3.2 Vorsorgemaßnahmen

1 Vorsorgeuntersuchungen

Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen sind erstattungsfähig

- zu 100 %

2 Schutzimpfungen

Aufwendungen für medizinisch notwendige Schutzimpfungen inklusive solcher wegen beruflicher Tätigkeit und Reiseimpfungen werden ersetzt

- zu 100 %

3.3.3 Arzneimittel und Verbandmaterial

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Arzneimittel und Verbandmaterial werden ersetzt

- zu 100 %

In Ergänzung zu § 4 Nr. 2 b) Satz 2 Teil II AVB/KK 2013 sind auch Nährstofflösungen zur enteralen und parenteralen Ernährung sowie medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, zwingend erforderlich sind, erstattungsfähig.

3.3.4 Heilmittel

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Heilmittel werden ersetzt

- zu 100 %

In Ergänzung zu § 4 Nr. 2 c) Teil II AVB/KK 2013 sind auch medizinisch notwendige ergotherapeutische und podologische Behandlungen erstattungsfähig.

3.3.5 Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte

1 Sehhilfen

sind, abweichend von § 4 Nr. 2 d) Sätze 3 und 4 Teil II AVB/KK 2013, unabhängig von der Anzahl erstattungsfähig

- zu 100 %,

maximal 900 EUR innerhalb von jeweils drei Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.

2 Sonstige Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung medizinisch notwendiger Hilfsmittel, Körperersatzstücke, Behandlungs- und Kontrollgeräte werden ersetzt.

- zu 100 %.

3.3.6. Ambulante Entziehungsmaßnahmen und Nachsorge nach stationären Entziehungsmaßnahmen

1 Ambulante Entziehungsmaßnahmen

Erstattungsfähig sind nach Maßgabe von § 5 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013 die Aufwendungen für ärztliche bzw. Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten für ambulante Entziehungsmaßnahmen maximal bis zum Regelhöchstsatz der jeweils geltenden Gebührenordnung und für die Dauer von jeweils bis zu 24 Monaten

- zu 100 %.

2 Ambulante Nachsorge nach stationären Entziehungsmaßnahmen

Aufwendungen für ärztliche Leistungen bzw. Leistungen von Psychologischen Psychotherapeuten im Rahmen einer nach Beendigung einer stationären Entziehungsmaßnahme medizinisch notwendigen ambulanten Nachsorgebehandlung sind für die Dauer von bis zu 6 Monaten und maximal bis zum Regelhöchstsatz der jeweils geltenden Gebührenordnung erstattungsfähig

- zu 100 %.

3.4 Zahnärztliche Heilbehandlung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden ersetzt für

3.4.1 Zahnbehandlung

inklusive professioneller Zahnreinigung und sonstiger Maßnahmen für Zahnprophylaxe nach dem Abschnitt der Gebührenordnung für Zahnärzte, der prophylaktische Leistungen regelt,

- zu 100 %.

3.4.2 Zahnersatzmaßnahmen

- zu 80 %,

wenn dem Versicherer vor Beginn der Zahnersatzmaßnahme ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wurde und der Versicherer hierzu eine Kostenzusage erteilt hat, ansonsten nur zur Hälfte des vorgenannten Erstattungssatzes.

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen, Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stützähne, Implantate, implantatgetragener Zahnersatz einschließlich implantologischer Leistungen, Inlays, Onlays, Verblendungen und die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie Gnathologie.

3.4.3 Kieferorthopädische Maßnahmen

- zu 80 %,

wenn dem Versicherer vor Beginn der kieferorthopädischen Maßnahme ein Heil- und Kostenplan vorgelegt wurde und der Versicherer hierzu eine Kostenzusage erteilt hat, ansonsten nur zur Hälfte des vorgenannten Erstattungssatzes.

3.5 Stationäre Heilbehandlung (einschließlich stationärer Psychotherapie)

Die erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie Entbindung oder Fehlgeburt werden ersetzt

- zu 100 %

bei Unterkunft im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer einschließlich gesondert berechneter ärztlicher Leistungen.

Abweichend von § 4 Nr. 4 Teil II AVB/KK 2013 sind Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz berechnet sind.

3.5.1 Stationäre Entziehungsmaßnahmen

Bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung sind nach Maßgabe von § 5 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013 die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (keine privatärztliche Behandlung oder gesondert berechenbare Unterkunft - Wahlleistungen) für Maßnahmen mit einer Dauer von bis zu 8 Wochen erstattungsfähig.

- zu 100 %.

Ein Ersatzkrankenhaustagegeld wird nicht gezahlt.

3.5.2 Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf bestimmte Leistungen

1 Verzicht auf Einbettzimmer oder privatärztliche Behandlung

Neben der Kostenerstattung besteht bei Belegung eines Zimmers mit mehr als einem Bett ein Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld in Höhe von 40 EUR, bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung in Höhe von 40 EUR (20 EUR bei Kindern bis einschließlich Alter 15 - Kalenderjahr minus Geburtsjahr).

2 Verzicht auf Einbettzimmer und privatärztliche Behandlung

Bei Belegung eines Zimmers mit mehr als einem Bett und gleichzeitigem Verzicht auf privatärztliche Behandlung beträgt das Ersatzkrankenhaustagegeld 80 EUR (60 EUR bei Kindern bis einschließlich Alter 15).

Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld bei Belegung eines Zimmers mit mehr als einem Bett ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistung Einbettzimmer angeboten wird. Aufnahme- und Entlassungstag gelten für die Berechnung des Ersatzkrankenhaustagegeldes als ein Krankenhaustag.

3.5.3 Anschlussheilbehandlung

In Erweiterung zu § 4 Nr. 6 Satz 1 Teil II AVB/KK 2013 kann die Zeit zwischen dem Krankenhausaufenthalt und dem stationären Aufenthalt in der gemischten Anstalt bis zu vier Wochen dauern.

3.5.4 Unterbringung und Verpflegung des Neugeborenen

Entstehen Kosten hierfür, werden diese bei Nachversicherung gemäß § 2 AVB/KK 2013 mit den tariflichen Sätzen erstattet.

3.5.5 Rooming-in

Bei stationärer Behandlung eines nach einem Tarif TN versicherten Kindes sind die zusätzlichen Unterbringungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu vier Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig

- zu 100 %,

wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.

3.5.6 Beitragsfreistellung

Dauert ein erstattungsfähiger Krankenhausaufenthalt länger als acht Wochen an, erhält der Versicherungsnehmer für Tarif TN der betroffenen versicherten Person für den laufenden Monat eine Beitragsgutschrift.

Dies gilt entsprechend auch für die nächsten Monate, in denen die stationäre Heilbehandlung fortbesteht. Voraussetzung ist eine mindestens 12-monatige Versicherungsdauer bei Beginn der stationären Heilbehandlung.

3.5.7 Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Kur- und Sanatoriumsbehandlung werden ersetzt

- zu 100 %

bis zu einem Betrag von 1.800 EUR je Kur.

Abweichend von § 5 Nr. 3 c) Teil II AVB/KK 2013 können diese frühestens nach dreijähriger Versicherungsdauer in einem Tarif TN und danach frühestens jeweils drei Jahre nach Abschluss der letzten Kurbehandlung in Anspruch genommen werden.

1 Ambulante Kurbehandlung

Erstattungsfähig sind die Kosten für ärztliche Behandlung (einschließlich Kurplan) sowie Arznei- und Heilmittelversorgung im Sinne von 3.3.3 und 3.3.4.

2 Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung

Abweichend von § 5 Nr. 3 b) Teil II AVB/KK 2013 sind die Kosten für die Unterkunft inkl. Verpflegung in einer Kurklinik und ärztliche Behandlung (einschließlich Kurplan), Arznei- und Heilmittelversorgung im Sinne von 3.3.3 und 3.3.4 erstattungsfähig.

3.6 Transportkosten

3.6.1 Transportkosten bei ambulanter und stationärer Heilbehandlung

Neben den Transportkosten nach § 4 Nr. 2 f) Teil II AVB/KK 2013 und § 4 Nr. 4 a) Teil II AVB/KK 2013 sind Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung aufgrund eines Unfalles oder eines medizinischen Notfalles sowie bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit erstattungsfähig

- zu 100 %.

3.6.2 Kosten für Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei kurzfristigen Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen erstattet der Versicherer bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall die durch einen medizinisch notwendigen Rücktransport aus dem Ausland in die Bundesrepublik Deutschland entstandenen Kosten, wenn ausreichende ärztliche Versorgung im Reiseland nicht sichergestellt ist und der Rücktransport von einem im Ausland zugelassenen Arzt angeordnet wurde

- zu 100 %,

bei Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen letzten gewöhnlichen Aufenthaltsort innerhalb der Bundesrepublik Deutschland bzw. in einem Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) bis zu 12.000 EUR.

4. Wechseloption

4.1. Wechseloption in einen Tarif TN mit niedrigerer Selbstbehaltsstufe

In Erweiterung des Tarifwechselrechtes nach § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG - siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen zu den dort genannten Zeitpunkten für eine versicherte Person ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten auch den Wechsel in einen Tarif TN mit niedrigerer Selbstbehaltsstufe verlangen.

Die für die Wechseloption zu erfüllende Versicherungsdauer beginnt für eine versicherte Person in dem Tarif TN, aus dem gewechselt werden soll

- mit erstmaligem Beginn der Versicherung in dem betreffenden Tarif, sofern die versicherte Person mindestens das Alter 16 (Kalenderjahr minus Geburtsjahr) erreicht hat und nicht nach den Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler versichert ist oder
- mit Erreichung des Alters 16, wenn die Versicherung nicht nach den Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler fortgeführt wird bzw.
- nachdem die Besonderen Bedingungen für Studenten und Schüler geendet haben mit Fortführung der Versicherung.

Die Wechseloption entfällt mit Erreichung des Alters 51.

Der Wechsel kann jeweils zum 01.01. des Kalenderjahres verlangt werden, das auf das fünfte, zehnte, fünfzehnte und jedes weitere durch fünf teilbare Versicherungsjahr (siehe § 2 Nr. 2 Teil II AVB/KK 2013) einer ununterbrochenen Versicherungsdauer in dem Tarif TN, aus dem gewechselt werden soll, folgt, wenn der Antrag spätestens am 15.12. des Vorjahres beim Versicherer eingeht.

4.2 **Wechseloption in Krankheitskostenzusatzversicherung**

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person nach einem Tarif TN aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht gemäß § 13 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013, kann er ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten die Umstellung in eine Krankheitskostenteilversicherung zum Zeitpunkt des Beginns der Versicherungspflicht verlangen, wenn ein entsprechender Antrag binnen drei Monaten nach diesem Zeitpunkt beim Versicherer eingeht.

5. Ergänzende Regelungen zu Teilen I und II AVB/KK 2013

5.1 **Geltungsbereich des Versicherungsschutzes**

In Erweiterung von § 1 Nr. 3 Teil II AVB/KK 2013 und § 15 Absatz 3 Teil I AVB/KK 2013 besteht für vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland bis zu 36 Monate Versicherungsschutz ohne besondere Vereinbarung. Der Versicherer verpflichtet sich, für darüber hinaus andauernde Aufenthalte den Versicherungsschutz zu verlängern, wenn der Antrag beim Versicherer vor Ablauf der 36 Monate bzw. einer darüber hinaus vereinbarten Verlängerung eingeht.

Ist eine fristgerechte Beantragung nicht möglich, ohne dass den Versicherungsnehmer ein Verschulden trifft, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Zeitpunkt, in dem er wieder in der Lage ist, den Antrag zu stellen. Die Antragstellung ist unverzüglich nachzuholen.

Der Versicherer ist berechtigt, die Verlängerung des Versicherungsschutzes zu befristen und/oder von der Zahlung eines angemessenen Beitragszuschlages abhängig zu machen. Ein vereinbarter Beitragszuschlag entfällt ab Beginn des Monats, nach dem die versicherte Person sich mehr als drei Monate ununterbrochen wieder innerhalb des EWR aufhält oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt wieder in einen Vertragsstaat des EWR verlegt.

Hat sich die versicherte Person für mindestens sechs Monate in einem Vertragsstaat des EWR aufgehalten, beginnt die 36-Monats-Frist neu. Innerhalb der sechs Monate besteht Versicherungsschutz in Europa, weltweit bis zu einem Monat. Eine anderweitige Vereinbarung kann getroffen werden.

5.2 **Kindernachversicherung**

Ergänzend zu § 2 Absatz 2 Teil I AVB/KK 2013 und § 2 Nummern 3 bis 5 Teil II AVB/KK 2013 ist unter den dort genannten Voraussetzungen die Versicherung des Neugeborenen in jedem Tarif EP, MP oder TN möglich.

5.3 **Kriegsereignisse und Terrorakte (§ 5 Absatz 1 a) Teil I AVB/KK 2013)**

5.3.1 **innerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat**

Versicherungsschutz besteht auch für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen, die durch Terrorakte verursacht sind, wenn diese in keinem unmittelbaren und mittelbaren Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen in den genannten Ländern stehen.

5.3.2 **außerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.**

Versicherungsschutz besteht für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse oder Terrorakte verursacht sind, sofern die versicherte Person sich nicht aktiv - auch nicht im Rahmen ihrer Berufsausübung - an Terrorakten beteiligt oder an Kriegsereignissen teilnimmt.

Hat das Auswärtige Amt für ein Land, auf das sich der Versicherungsschutz für Terrorakte bzw. Kriegsereignisse erstreckt, eine Reisewarnung ausgesprochen, wird, solange die Reisewarnung fortbesteht, Versicherungsschutz bis zu zwei Monate ab der erstmaligen Bekanntgabe der Reisewarnung gewährt.

Die versicherte Person hat jedoch so lange Versicherungsschutz, wie sie aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets gehindert ist.

Kein Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle aufgrund von Kriegsereignissen oder Terrorakten, wenn die versicherte Person in ein Land bzw. eine Region eines Landes reist, für das seit mindestens einer Woche vor Einreise eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes besteht.

5.4

Leistungshöchstsätze

Abweichend von § 4 Nr. 8 a) Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2013 mindern sich die im Tarif angegebenen jährlichen Leistungshöchstsätze bei unterjährigem Versicherungsbeginn nicht.

6. Beitragsanpassung

Nach § 8 b Teil I AVB/KK 2013 werden mindestens jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen verglichen und die Beiträge, soweit erforderlich, angepasst.

Der in den AVB genannte tarifliche Vomhundertsatz beträgt 5,0.