



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den ambulanten Zusatztarif Alternative Medizin (AMed) für gesetzlich krankenversicherte Personen (KV787_201404)

Teil II Leistungsregelungen

Gültig in Verbindung mit Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die nach Art der Schadenversicherung kalkulierte Krankheitskostenversicherung

Inhalt

§ 1	Versicherungsfähigkeit	§ 4	Sonstige Tarifbestimmungen
§ 2	Versicherungsleistungen	§ 5	Monatsbeiträge
§ 3	Einschränkung der Leistungspflicht		

Teil II regelt die tariflichen Leistungen des Tarifs AMed

§ 1 Versicherungsfähigkeit

(1) Versicherungsfähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und darüber hinaus Mitglied der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung haben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Für Personen, die aus der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif mit dem Ende des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

(2) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, so setzt sich das Versicherungsverhältnis fort, sofern die Mitgliedschaft in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Familienversicherung weiterhin besteht. Der Versicherer bleibt in diesem Fall höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 2 Versicherungsleistungen

(1) Erstattungsfähige Aufwendungen

Der Tarif AMed ersetzt Aufwendungen für

a) Heilbehandlung durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind 80 % der Aufwendungen für Untersuchungen und Behandlungen durch Heilpraktiker bis zu den Höchstsätzen der Gebüh einschließlich verordneter Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen.

b) Naturheilverfahren durch Ärzte

Erstattungsfähig sind 80 % der Aufwendungen für im Hufeland-Verzeichnis für Naturheilverfahren aufgeführte Untersuchungen und Behandlungen durch Ärzte einschließlich verordneter Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen.

c) Osteopathische Leistungen durch andere Leistungserbringer

Erstattungsfähig sind 80 % der Aufwendungen für osteopathische Leistungen, wenn

- diese medizinisch geeignet sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern;
- diese von einem Arzt auf einem Privatrezept verordnet wurden;
- diese qualitätsgesichert von einem zur osteopathischen Leistungserbringung berechtigten Arzt, einem Physiotherapeuten oder sonstigen Leistungserbringern durchgeführt werden, die Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen sind oder eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

Sofern für Aufwendungen gemäß a) bis c) ein Anspruch auf Leistungen gegenüber der GKV besteht, sind diese zuerst in Anspruch zu nehmen. In diesen Fällen wird maximal die noch verbleibende Differenz zu den tatsächlich entstandenen Aufwendungen gezahlt.

(2) Erstattungshöchstbeträge

Die Erstattung der in Absatz 1 aufgeführten Aufwendungen ist für Personen mit vollendetem 21. Lebensjahr auf 800,00 EUR innerhalb von 12 Monaten und für Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, auf 400,00 EUR innerhalb von 12 Monaten begrenzt.

In den ersten 24 Monaten wird pro versicherter Person die Versicherungsleistung auf

- 200,00 EUR innerhalb der ersten 12 Monate
- 400,00 EUR innerhalb der ersten 24 Monate

begrenzt.

(3) Zeitpunkt der Aufwendungen

Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

(4) Wartezeiten

Abweichend von § 4 Abs. 2 Teil I der AVB sind keine Wartezeiten zu erfüllen.

(5) Maßgebliche Gebühenvorschriften

Aufwendungen gemäß Abs. 1 Buchstabe a sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (Gebüh) berechnet werden.

(6) Leistungserbringer und Behandlungsarten

a) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen Heilpraktikern und niedergelassenen oder unter den in Krankenhaus-ambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren approbierten Ärzten sowie anderen Leistungserbringern gemäß Abs. 1 Buchstabe c frei.

b) Die Aufwendungen von medizinischen Versorgungszentren und von juristischen Personen (Instituten), die auf Veranlassung eines Heilpraktikers oder Arztes Laborleistungen erbringen, sind erstattungsfähig. Im Übrigen besteht für die Inanspruchnahme von Leistungen von juristischen Personen kein Leistungsanspruch.

(7) Auskunft über Leistungsprüfung

Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 3 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegserignissen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;



- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle sowie deren jeweiligen Folgen;
- für Behandlung durch Heilpraktiker, Ärzte oder sonstige Leistungserbringer, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Aufwendungen nach GOÄ und GebüH sind nur angemessen, wenn sie nach den dort festgelegten Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind. Aufwendungen, die nicht nach diesen Gebührevorschriften berechnet werden können, gelten als angemessen, soweit sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 4 Sonstige Tarifbestimmungen

(1) Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung

Der in § 7 b Abs. 1 Teil I der AVB genannte Vorphundertatz beträgt bei dem Vergleich der Versicherungsleistungen 10 %.

(2) Anpassung des Versicherungsschutzes

Gemäß § 17 Abs. 1 Teil I der AVB können die in § 2 Abs. 2 genannten Erstattungshöchstbeträge mit Wirkung für bereits bestehende Versicherungsverhältnisse mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angehoben werden.

Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung an den Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 5 Monatsbeiträge

Die Berechnung der Beiträge ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Die Beiträge werden jeweils getrennt für die Altersintervalle von 0 bis 20 Jahren, 21 bis 60 Jahren sowie ab 61 Jahren bestimmt.

Zu Beginn der Versicherung ist zunächst der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter entspricht. Als Eintrittsalter gilt die Anzahl der bei Versicherungsbeginn (siehe § 2 Teil I der AVB) vollendeten Lebensjahre. Ein Lebensjahr gilt zum Ende des Geburtsmonats als vollendet.

Sobald eine versicherte Person das 21. bzw. 61. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des hierauf folgenden Monats der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.