

Deutsche Ambulantversicherung

Tarif Vorsorge

Ergänzungsversicherung für GKV-Versicherte

Tarif 172

**Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)**

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) des Verbandes der Privaten Krankenversicherung
Teil II *Allgemeine Tarifbedingungen des Münchener Verein*

A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, für die ein Leistungsanspruch bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (nachfolgend genannt: GKV) besteht. Die Versicherung endet zum Ablauf des Monats, in dem die Mitgliedschaft oder die Familienversicherung in der GKV geendet hat.

B. Inhalt und Leistungen

1. Erstattungsfähig sind die Kosten für von Ärzten erbrachte

a) Vorsorgeuntersuchungen

Geleistet wird für Vorsorgeuntersuchungen unabhängig von Altersgrenzen und Zeitabständen. Zu den Vorsorgeuntersuchungen zählen etwa die Kosten für Untersuchungen in der Schwangerschaft, Kinder- und Jugendlichenvorsorgeuntersuchungen, Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.

b) Schutzimpfungen (Impfberatung, Impfung, Impfstoffe)

c) Malariaprophylaxe

Erstattungsfähig sind die ärztlichen Leistungen, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze¹ nicht überschreiten sowie die damit im Zusammenhang stehenden ärztlich verordneten Arznei- und Verbandmittel.

sowie

die Kosten für **Präventionsmaßnahmen**, sofern die GKV für diese eine Leistung erbringt.

Maßnahmen zur Prävention sind zum Beispiel Stressbewältigungs- und Entspannungskurse, Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung.

2. Erstattet werden

- die **Kosten für Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Malariaprophylaxe** zu 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Arznei- und Verbandmittel **bis zu 1000 EUR** innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren.

Leistungsanspruch je versicherte Person **besteht**

- im **ersten** Versicherungsjahr **bis zu 250 EUR**,
- in den **ersten beiden** Versicherungsjahren zusammen **bis zu 500 EUR**,
- ab dem **dritten** Versicherungsjahr entfällt diese Summenbegrenzung.

- **zusätzlich** die **Kosten von Präventionsmaßnahmen** nach Vorleistung der GKV zu 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen **bis zu 100 EUR** innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren.

3. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesetzliche Zuzahlungen und für mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte.

C. Wartezeit

Abweichend von § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2013 (AVB/KK 2013) entfällt die Wartezeit.

D. Leistungsnachweise

Mit dem Antrag auf Leistungen sind Nachweise über die Vorleistung der GKV einzureichen. Leistet die GKV nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg benötigt.

E. Leistungsanpassung

Mit Zustimmung des Treuhänders können im Rahmen einer Beitragsanpassung auch die betragsmäßig festgelegten Höchsterstattungsbeträge erhöht werden.

¹ **Höchstsätze der GOÄ** sind derzeit der 3,5-fache Satz bzw. der 2,5-fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen bzw. der 1,3-fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M (Laborleistungen) sowie nach Ziffer 437 der GOÄ.

Deutsche Ambulantversicherung

Tarif Sehhilfen und Hilfsmittel

Ergänzungsversicherung für GKV-Versicherte

Tarif 173

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) des Verbandes der Privaten Krankenversicherung

Teil II *Allgemeine Tarifbedingungen des Münchener Verein*

A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, für die ein Leistungsanspruch bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (nachfolgend genannt: GKV) besteht. Die Versicherung endet zum Ablauf des Monats, in dem die Mitgliedschaft oder die Familienversicherung in der GKV geendet hat.

B. Inhalt und Leistungen

1. Erstattungsfähig sind die Kosten für

a) Sehhilfen

Brillen und Kontaktlinsen

b) Refraktive Chirurgie

Operationen am Auge zur Behebung einer Fehlsichtigkeit, die die Gesamtbrechkraft verändern (z.B. LASIK, LASEK, Operationen zur Einsetzung einer künstlichen Linse) - ärztliche Leistungen sowie die mit diesen im Zusammenhang stehenden verordneten Arznei- und Verbandmittel und eingesetzten Implantate (z.B. Intraokularlinsen)

c) Hilfsmittel

Von Ärzten verordnete Hilfsmittel, sofern die GKV eine Leistung erbringt.

2. Erstattet werden die Kosten für

- **Sehhilfen** zu 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen **bis zu 400 Euro** innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren;
- **refraktive Chirurgie** zu 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen und **bis zu 800 Euro je Auge**; ein erneuter Anspruch entsteht fünf Jahre nach einer Augen-Operation; erstattungsfähig sind die ärztlichen Leistungen, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze¹ nicht überschreiten;
- **Hilfsmittel** nach Vorleistung der GKV zu 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen **bis zu 800 Euro** innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren.

Leistungsanspruch je versicherte Person besteht

- im **ersten** Versicherungsjahr **bis zu 240 Euro**,
- in den **ersten beiden** Versicherungsjahren zusammen **bis zu 480 Euro**,
- ab dem **dritten** Versicherungsjahr entfällt dieser Höchsterstattungsbeitrag.

Der Höchsterstattungsbeitrag für das erste bzw. die ersten beiden Versicherungsjahre ermäßigt sich bei unterjährigem Beginn für jeden im ersten Versicherungsjahr nicht versicherten Monat um 20 Euro. Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigt sich der Höchsterstattungsbeitrag nicht.

Von der GKV erbrachte Leistungen werden angerechnet.

3. **Nicht erstattungsfähig** sind Aufwendungen für gesetzliche Zuzahlungen und für mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte.

C. Wartezeit

Abweichend von § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2013 (AVB/KK 2013) entfällt die Wartezeit.

D. Leistungsnachweise

Mit dem Antrag auf Leistungen sind Nachweise über die Vorleistung der GKV einzureichen. Leistet die GKV nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg benötigt.

E. Leistungsanpassung

Mit Zustimmung des Treuhänders können im Rahmen einer Beitragsanpassung auch die betragsmäßig festgelegten Höchsterstattungsbeiträge erhöht werden.

¹ **Höchstsätze der GOÄ** sind derzeit der 3,5-fache Satz bzw. der 2,5-fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen bzw. der 1,3-fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M (Laborleistungen) sowie nach Ziffer 437 der GOÄ.

Deutsche Ambulantversicherung

Tarif Naturmedizin

Ergänzungsversicherung für GKV-Versicherte

Tarifstufe 177

Tarifstufe 178

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) des Verbandes der Privaten Krankenversicherung

Teil II *Allgemeine Tarifbedingungen des Münchener Verein*

A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, für die ein Leistungsanspruch bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (nachfolgend genannt: GKV) besteht. Die Versicherung endet zum Ablauf des Monats, in dem die Mitgliedschaft oder die Familienversicherung in der GKV geendet hat.

B. Inhalt und Leistungen

1. Erstattungsfähig sind die Kosten für

a) naturheilkundliche Untersuchungen, alternative Behandlungsmethoden und Heilmittel

- bei Behandlung durch Heilpraktiker, wenn diese im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Heilpraktikerleistungen sind bis zu den Höchstbeträgen des GebüH erstattungsfähig;
- bei Behandlung durch Ärzte, wenn es sich um eine der nachfolgenden Behandlungsmethoden aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis handelt
 - Akupunktur
 - Ausleitende Verfahren (Aderlass, Schröpfen, Blutegelbehandlung)
 - Biochemische Behandlung nach Schüßler
 - Chirotherapie
 - Eigenblutbehandlung
 - Elektrotherapie
 - Homöopathie
 - Homöosiniatrie
 - Hydrotherapie
 - Lichttherapie bei dermatologischen Erkrankungen
 - Lymphdrainage
 - Magnetfeldtherapie bei orthopädischen Erkrankungen
 - Neuraltherapie
 - Osteopathische Behandlung
 - Präparate der Phytotherapie
 - Roedersches Verfahren
 - Therapeutische Lokalanästhesie
 - Thermotherapie
 - Ultraschalltherapie

Die ärztlichen Leistungen sind erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze¹ nicht überschreiten.

- bei osteopathischer Behandlung auch dann, wenn diese durch ein Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen erbracht werden und im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet werden.

b) die in diesem Zusammenhang verordneten **Arznei- und Verbandmittel**.

Als Arzneimittel gelten nicht Ovulationshemmer, Geriatrika, Nähr-, Stärkungs-, Haarwuchs-, Abmagerungs-, potenzfördernde, kosmetische und Desinfektionsmittel, Mineralwässer, auch wenn sie vom Heilbehandler verordnet sind.

2. Erstattet werden

85 % der erstattungsfähigen Aufwendungen

a) in **Tarifstufe 177**

im **ersten** Versicherungsjahr **bis zu 120 Euro**,

in den **ersten beiden** Versicherungsjahren **bis zu 240 Euro**,

ab dem dritten Versicherungsjahr **bis zu 500 Euro** je Versicherungsjahr,

¹ **Höchstsätze der GOÄ** sind derzeit der 3,5-fache Satz bzw. der 2,5-fache Satz bei medizinisch-technischen Leistungen bzw. der 1,3-fache Satz für Leistungen gemäß Abschnitt M (Laborleistungen) sowie nach Ziffer 437 der GOÄ.

b) in **Tarifstufe 178**

im **ersten** Versicherungsjahr **bis zu 240 Euro**,

in den **ersten beiden** Versicherungsjahren **bis zu 480 Euro**,

ab dem dritten Versicherungsjahr **bis zu 1000 Euro** je Versicherungsjahr.

Die vorgenannten Höchstleistungsbeträge für das erste bzw. die ersten beiden Versicherungsjahre ermäßigen sich bei unterjährigem Beginn für jeden im ersten Versicherungsjahr nicht versicherten Monat um 10 Euro in Tarifstufe 177 bzw. um 20 Euro in Tarifstufe 178. Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigen sich die Höchstleistungsbeträge nicht.

Bei einem Wechsel der Tarifstufe des Tarifs Naturmedizin werden Leistungen aus der bisherigen Tarifstufe auf die Höchstleistungsbeträge der neu versicherten Tarifstufe angerechnet. Angerechnet werden nur solche Leistungen, die im Jahr des Tarifwechsels und im Jahr davor erbracht wurden.

Von der tariflichen Leistung wird die Vorleistung der GKV abgezogen.

3. **Nicht erstattungsfähig** sind Aufwendungen für gesetzliche Zuzahlungen und für mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte.

C. Wartezeit

Abweichend von § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2013 (AVB/KK 2013) entfällt die Wartezeit.

D. Leistungsnachweise

Mit dem Antrag auf Leistungen sind Nachweise über die Vorleistung der GKV einzureichen. Leistet die GKV nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg benötigt.

E. Leistungsanpassung

Mit Zustimmung des Treuhänders können im Rahmen einer Beitragsanpassung auch die betragsmäßig festgelegten Höchstleistungsbeträge erhöht werden.