

## Krankheitskosten-Tarif E für ambulante Heilbehandlung Ergänzungsversicherung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

(Stand: 01.01.2009)

### 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 nach Vorleistung eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung (Krankenkasse) oder eines anderen gesetzlichen Kostenträgers gemäß § 5 Abs. 3 AVB verbleibenden Aufwendungen für
- ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Ärzte und Heilpraktiker,
  - ambulante Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung, auch durch Hebammen,
  - Arzneien und Verbandmittel,
  - Heil- und Hilfsmittel,
  - Notfall-Rettungsdienst,
- oder 40 %, wenn die Krankenkasse die Leistung ablehnt.

Soweit für Psychotherapie ein Anspruch gegen die Krankenkasse besteht, wird die Leistung so bemessen, dass sie zusammen mit der Leistung der Krankenkasse 90 % des Rechnungsbetrages nicht übersteigt.

Ein mit dem Träger der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt angerechnete Leistungen werden als Vorleistung der GKV berücksichtigt.

Kosten für Brillengestelle sowie Zahnbehandlung und -ersatz, Zahnröntgen und kieferorthopädische Maßnahmen fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

#### B. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

##### Erläuterung

Versicherungsfähig sind nur Personen, die auf Grund eigener Mitgliedschaft oder als Familienangehörige bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Bei Ausscheiden aus der gesetzlichen Krankenversicherung endet das Versicherungsverhältnis nach Tarif E zum Schluss des laufenden Monats. In Anlehnung an § 3 Abs. 5 Satz 1 AVB hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Versicherung nach einem anderen für den Neuzugang offenen Krankheitskosten-Tarif für ambulante Behandlung fortzusetzen.

#### C. 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.
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.

#### D. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

##### Rückerstattung bei Leistungsfreiheit

Als Form der Verwendung kann die Beitragsrückerstattung für leistungsfrei gebliebene Versicherte beschlossen werden. Der Vorstand legt dann fest, für welche Tarife oder Tarifkombinationen und in welcher

Höhe die Ausschüttung erfolgt. Anspruch besteht für jede versicherte Person, wenn

- a) die Versicherung während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden hat und für das abgelaufene Kalenderjahr keine Versicherungsleistungen erbracht worden sind. Die Ausschüttung der Beitragsrückerstattung und ihre Höhe kann davon abhängig gemacht werden, dass diese Voraussetzung für mehrere aufeinander folgende Kalenderjahre erfüllt ist.
- b) die Versicherung am 30. 06. des folgenden Jahres ohne Beitragsrückstand noch besteht. Diese Voraussetzung entfällt, wenn die Versicherung infolge Tod, Anspruch auf Heilfürsorge oder Eintritt der Versicherungspflicht beendet wurde.

Für die Berechnung der Beitragsrückerstattung wird jeweils 1/12 des Jahresbeitrages des abgelaufenen Kalenderjahres zugrunde gelegt.

Die Beitragsrückerstattung wird im 3. Quartal des folgenden Geschäftsjahres ausgezahlt oder gutgeschrieben.