Gothaer

Tarif KVASZ
für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Stand: 01.04.2022

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
(gilt nur in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen TB/KK 2009)

A. Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf weltweite Heilbehandlungen ohne zeitliche Begrenzung.
(Abweichung zu MB/KK 2009 § 1 Nr. 4. u. 4.1.)

B. Tarifleistungen

Die ambulanten Leistungen des Versicherers

1. **Ärztliche Leistungen**
   100 % der Aufwendungen für
   – ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Ärzte,
   – ambulante Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung, auch durch Hebammen oder Entbindungspfleger.

2. **Heilpraktiker**
   100 % der Aufwendungen für
   – ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker bis zu einem Rechnungsbetrag von **500 Euro** pro Kalenderjahr. Die Aufwendungen sind bis zum Mindestsatz des gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker erstattungsfähig.

3. **Psychotherapie**
   100 % der Aufwendungen für
   – bis zu 20 Sitzungen pro Kalenderjahr ambulante psychotherapeutische Behandlung;
   50 % der Aufwendungen für
   – weitere Sitzungen.

4. **Arznei- und Verbandmittel**
   100 % der Aufwendungen

5. **Heil- und Hilfsmittel sowie digitale Gesundheitsanwendungen**
   75 % der Aufwendungen (außer für Sehhilfen, Hörgeräte, orthopädische Schuhe und Krankenfahrstühle)

6. **Sehhilfe**
   – Brille bzw. Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von einmalig **100 Euro.** Ein Anspruch auf Leistung für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht 36 Monate nach dem letzten Bezug. Vor Ablauf von 36 Monaten entsteht ein Anspruch bei einer Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien. Sonnenbrillen ohne Dioptrienwerte, Lichtschutzgläser ohne Dioptrienwerte, etc. werden nicht erstattet.

7. **Hörgerät**
   – bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.000 Euro** alle 48 Monate.

8. **Orthopädische Schuhe**
   – bis zu einem Rechnungsbetrag von **500 Euro** alle 12 Monate

9. **Krankenfahrstuhl**
   100 % der Aufwendungen für
   – Miet- oder Leasinggebühren

10. **Krankentransporte**
    100 % der Aufwendungen für
    – Hin- und Rückfahrten zum bzw. vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Behandlung, sofern diese medizinisch notwendig sowie ärztlich begründet und verordnet sind.

213249 – 04.2022

11. Rücktransport aus dem Ausland
100 % der Aufwendungen für
– einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport aus dem Ausland (siehe auch Abschnitt D.1 und 2)

12. Überführungskosten
– bei Tod einer versicherten Person während der Reise aus dem Ausland zum ständigen Wohnsitz, bis zu einem Rechnungsbetrag von **5.500 Euro** aus dem europäischen bzw. **11.000 Euro** aus dem außereuropäischen Ausland. Für die Beisetzung im Ausland bei Tod während des Auslandsaufenthaltes werden Aufwendungen bis zu der Höhe erstattet, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wären (siehe auch Abschnitt D.1)

Die stationären Leistungen des Versicherers

13. Allgemeine Krankenhausleistungen 100 % der Aufwendungen für
– Unterbringung, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus sowie gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes als allgemeine Krankenhausleistungen.
– Behandlung und Untersuchung durch Hebammen oder Entbindungspfleger (siehe auch D.3.).

14. Krankentransport 100 % der Aufwendungen für
– Krankentransporte und im Notfall-Rettungsdienst mit geeigneten Transportmitteln (z. B. Krankentransportwagen, Hubschrauber, Flugzeug), bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Die zahnärztlichen Leistungen des Versicherers

15. Zahnbehandlung 100 % der Aufwendungen
– einschließlich verordneter Arznei- und Verbandmittel (siehe auch Abschnitt D.4)

16. Zahnersatz und Kieferorthopädie 75 % der Aufwendungen
– einschließlich Material- und Laborleistungen (siehe auch Abschnitt D.5)

Die Erstattung der Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie nach Nr. 16 sind insgesamt begrenzt auf einen Rechnungsbetrag von

1.000 Euro	insgesamt im 1. Versicherungsjahr,
2.000 Euro	insgesamt im 2. Versicherungsjahr,
3.000 Euro	insgesamt im 3. Versicherungsjahr,
10.000 Euro	pro Kalenderjahr ab dem 4. Versicherungsjahr.

Die Leistungsbegrenzung für Zahnersatz und Kieferorthopädie gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs KVASZ ab dem 4. Versicherungsjahr.

Bei unfallbedingten Aufwendungen entfallen die vorgenannten Höchstgrenzen.
Verblendungen im hinteren Zahnbereich (Zahn 7 und 8) sind von der Erstattung ausgenommen.

C. Selbstbehalt

0 Euro bei Tarifstufe KVASZ0

300 Euro bei Tarifstufe KVASZ3

600 Euro bei Tarifstufe KVASZ6

Auf den Selbstbehalt angerechnet werden nur die erstattungsfähigen Aufwendungen. Der Selbstbehalt gilt pro Person und Kalenderjahr. Für Kinder und Jugendliche reduziert sich der Selbstbehalt bei Tarifstufe KVASZ3 auf 150 Euro und bei Tarifstufe KVASZ6 auf 300 Euro. Diese Regelung gilt bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem der/die Jugendliche sein/ihr 21. Lebensjahr vollendet. Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, ermäßigt sich der Selbstbehalt für das erste Versicherungsjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

D. Begriffsbestimmung / Umfang der Leistungspflicht

Erläuterungen

1. Als Ausland gilt das Gebiet außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

2. Ein medizinisch notwendiger Rücktransport aus dem Ausland liegt vor, wenn aus Krankheitsgründen die Benutzung einer besonderen Krankentransporteinrichtung (z. B. Krankenwagen, Krankenliege im Flugzeug) notwendig ist und am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist oder wenn nach Art und Schwere der Erkrankung eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde.

   Der Rücktransport ist mit dem Versicherer abzustimmen.

   Mitversichert sind auch die Reisekosten für eine Begleitperson, sofern die Begleitung medizinisch notwendig und ärztlich verordnet ist.

   Die durch den Rücktransport ersparten Flug- bzw. Fahrtkosten werden auf die Leistungen angerechnet.

3. In Krankenhäusern, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt in einem Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse), einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten, sowie der Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers.

4. Zahnbehandlungen sind
   - allgemeine und prophylaktische zahnärztliche Leistungen,
   - konservierende und chirurgische Zahnbehandlung einschließlich Röntgenleistungen,
   - Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

5. Zahnersatz und Kieferorthopädie sind
   - prothetische Leistungen, Zahnkronen, Brücken, Onlays und Inlays,
   - funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
   - implantologische Leistungen,
   - kieferorthopädische Leistungen,
   - Aufbissbehelfe und Schienen.

E. Versicherungsfähigkeit / Ende der Versicherung

Erläuterungen

Der Tarif KVASZ0, KVASZ3 oder KVASZ6 kann mit den Tarifen KVNS1 oder KVNS2 kombiniert werden.
Wird während der Dauer des Versicherungsverhältnisses der Tarif KVASZ0, KVASZ3 oder KVASZ6 beendet, so endet damit – auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle – der Versicherungsschutz nach Tarif KVNS1 oder KVNS2.

F. Beiträge

Beitragsberechnung

Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) der versicherten Person maßgebend. Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, die für Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der entsprechende Beitrag des nächsthöheren Lebensalters zu zahlen.