

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über den Versicherungsschutz in den Tarifen Deutsche Ambulantversicherung, AKTIV CLASSIC und AKTIV 50Plus. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten zum Krankenversicherungsvertrag finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung und den Bedingungen zur Deutschen Ambulantversicherung, den AVB für Tarif AKTIV CLASSIC und Tarif AKTIV 50Plus, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle diese Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine ambulante Zusatzversicherung. Gegenstand des angebotenen Vertrages sind Tarife, die die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Bereich Vorsorge (Tarif 172), Sehhilfen und Hilfsmittel (Tarif 173), Einmalleistung bei Krebs (Tarif 176), Naturmedizin (Tarif 177, 178) und Basisschutz (Tarif 510,515) ergänzen.



Was ist versichert?

- ✓ Wir bieten Ihnen verschiedene Versicherungsarten an, zwischen denen Sie wählen können:
Tarif 172 (Vorsorge) leistet für von Ärzten erbrachte
 - ✓ Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Malariaphylaxe zu 100 % bis 1000 EUR innerhalb von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren sowie für
 - ✓ Präventionsmaßnahmen nach Vorleistung der GKV zu 100 % bis 100 EUR innerhalb von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren.
- Tarif 173 (Sehhilfen und Hilfsmittel) erstattet Kosten für
 - ✓ Sehhilfen zu 100 % bis zu 400 EUR innerhalb von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren
 - ✓ refraktive Chirurgie zu 100 % bis zu 800 EUR je Auge; ein erneuter Anspruch entsteht fünf Jahre nach einer Augen-Operation
 - ✓ ärztlich verordnete Hilfsmittel nach Vorleistung der GKV zu 100 % bis zu 800 EUR innerhalb von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren, sofern die GKV eine Leistung erbringt.
- Tarif 176 (Einmalleistung bei Krebs) erbringt ohne Kostennachweis
 - ✓ die Einmalleistung in der versicherten Höhe. Der Tarif kann in Stufen zu je 500 EUR bis zu 10000 EUR abgeschlossen werden.
- Tarif 177, 178 (Naturmedizin) erstattet im vertraglichen Umfang Kosten für
 - ✓ naturheilkundliche Untersuchungen, alternative Behandlungsmethoden und Heilmittel durch Ärzte und Heilpraktiker
 - ✓ Leistung im T. 177: 85 % bis 500 EUR/Jahr
 - ✓ Leistung im T. 178: 85 % bis 1000 EUR/Jahr.
- Tarif 510 (AKTIV CLASSIC) und Tarif 515 (AKTIV 50 Plus) beinhalten Leistungen für
 - ✓ Vorsorgeuntersuchungen außerhalb der von der GKV vorgegebenen Altersgrenzen und Zeitabstände;



Was ist nicht versichert?

Tarif 176 (Einmalleistung bei Krebs)

- ✗ Ein Leistungsanspruch ist nicht gegeben, wenn zum Zeitpunkt der Antragsstellung eine der folgenden Krankheiten ärztlich diagnostiziert ist bzw. innerhalb der letzten 5 Jahre vor Antragstellung erstmals oder wiederholt (rezidiv) diagnostiziert wurde oder wenn hinsichtlich der folgenden Erkrankungen eine Abklärung vor Antragstellung medizinisch indiziert, aber noch nicht abgeschlossen war: Krebs (bösartige Neubildungen ohne nicht-melanotischen Hautkrebs), Hirntumor (auch gutartig).
Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht entnehmen Sie in § 5 AVB/KK 2013 und § 3 AVB (Tarif 510 und 515).



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Die tariflichen Leistungen sind wie folgt begrenzt:

Bei Tarif 172 (Vorsorge):

- ! im ersten Versicherungsjahr bis zu 250 EUR
- ! in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 500 EUR

Bei Tarif 173 (Sehhilfen und Hilfsmittel):

- ! im ersten Versicherungsjahr bis zu 240 EUR
- ! in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 480 EUR

Bei Tarifstufe 177 (Naturmedizin)

- ! im ersten Versicherungsjahr bis zu 120 EUR
- ! in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 240 EUR
- ! ab dem dritten Versicherungsjahr bis zu 500 EUR je Versicherungsjahr

- ✓ Sehhilfen;
- ✓ freie Krankenhauswahl;
- ✓ Auslandsreise-Krankenversicherung;
- ✓ Zahnersatzmaßnahmen (als Option abwählbar);
- ✓ je versicherte Person ab Alter 16 kann ein Kind oder Enkelkind (bis Alter 15) beitragsfrei mitversichert werden.

Bei Tarifstufe 178 (Naturmedizin)

- ! im ersten Versicherungsjahr bis zu 240 EUR
- ! in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 480 EUR
- ! ab dem dritten Versicherungsjahr bis zu 1000 EUR je Versicherungsjahr



Wo bin ich versichert?

- ✓ Deutsche Ambulantversicherung
Versichert sind Heilbehandlungen in Europa und innerhalb der ersten sechs Monate eines Auslandsaufenthalts auch auf der ganzen Welt. Zur Verlängerung des Versicherungsschutzes ab dem siebten Monat eines Aufenthalts im außereuropäischen Ausland können Sie mit uns vor Beginn des siebten Monats eine gesonderte Vereinbarung schließen. Dabei können wir einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen, der bei dauerhafter Rückkehr nach Deutschland wieder entfällt.
- ✓ AKTIV Tarife
Wir bieten auch Versicherungsschutz für Auslandsreisen bis zur Dauer von 6 Wochen.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Damit der Vertrag geschlossen werden kann, sind Ihre vollständigen Kontoangaben erforderlich. Sie ermächtigen uns gleichzeitig, den Beitrag von dem von Ihnen genannten Konto im Lastschriftverfahren abzubuchen.
- Achten Sie bitte zur Fälligkeit des Beitrages auf Ihre Kontodeckung. Der Vertrag kann sonst nicht bestehen bleiben.
- Mit dem Antrag auf Leistungen sind Nachweise über die Vorleistung der GKV einzureichen. Leistet die GKV nicht vor, wird zur Leistungsprüfung der Originalbeleg benötigt. Bei Tarif 176 (Einmalleistung bei Krebs) benötigen wir eine ärztliche Stellungnahme über den Eintritt der Erkrankung.
- Eine versicherte Person muss auf unser Verlangen jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen. Verspätete Beitragszahlungen können zu einem Verlust des Versicherungsschutzes führen. Den Monatsbeitrag je versicherte Person entnehmen Sie dem Antrag und dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Sie können den Beitrag wahlweise monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung). Wartezeiten sind nicht zu erfüllen.

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Die Mindestvertragsdauer beläuft sich auf zwei Jahre. Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

Bei einer eventuellen Beitragserhöhung können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch vorzeitig kündigen.

Die Deutsche Ambulantversicherung nach den Tarifen 172 (Vorsorge), 173 (Sehhilfen und Hilfsmittel) und 177 bzw. 178 (Naturmedizin) und die AKTIV Tarife (510 bzw. 515) enden mit dem Wegfall des Leistungsanspruches bei einer GKV.

Die Deutsche Ambulantversicherung nach den Tarifen 176 (Einmalleistung bei Krebs) endet mit dem Wegfall des Leistungsanspruches bei einer GKV oder privaten Krankenversicherung, auf freie Heilfürsorge oder auf truppenärztliche Versorgung.

Ferner endet im Tarif 176 (Einmalleistung bei Krebs) die Versicherung zum 01. des Folgemonats, wenn die tarifliche Leistung erbracht ist, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Bei den AKTIV Tarifen (510 bzw. 515) endet das Versicherungsverhältnis ferner bei Abschluss einer anderweitigen Zusatzversicherung für die Kosten ambulanter oder zahnärztlicher Heilbehandlung oder bei Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung

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.