



Deutsche
Ambulantversicherung



münchener verein
Zukunft. In besten Händen.

Fragen- & Antworten- katalog (FAQ)

Hier finden Sie die Antworten auf häufig gestellte
Fragen zur Deutschen Ambulantversicherung



Information für unsere
Vertriebspartner

Inhaltsverzeichnis

1. Aktiv (Tarif 510 / 515)	4–7
1.1. Versicherungsfähigkeit	4
1.2. Welche Leistungen sind versichert?	4
1.3. In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen vor?	5
1.4. Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung für den privatärztlichen Vergütungsanteil?	5
1.5. Was heißt Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen?	6
1.6. Gibt es ein Preis-/Leistungsverzeichnis für die Vorsorgeuntersuchungen im Tarif Aktiv?	7
1.7. Was ist der Unterschied zwischen den Tarifen 510 und 515?	7
1.8. Welche Leistungsnachweise müssen vorgelegt werden?	7
2. Vorsorge (Tarif 172)	8–12
2.1. Versicherungsfähigkeit	8
2.2. Welche Leistungen sind versichert?	8
2.3. In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen vor?	8
2.4. Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung für den privatärztlichen Vergütungsanteil?	9
2.5. Für welche Vorsorgeuntersuchungen wird z. B. aus dem Tarif Vorsorge (172) geleistet?	9
2.6. Gibt es ein Preis-/Leistungsverzeichnis für die Vorsorgeuntersuchungen im Tarif Vorsorge?	10
2.7. Was sind IGeL-Leistungen und sieht der Tarif hierfür Leistungen vor?	10
2.8. Für welche Schutzimpfungen inkl. Reiseschutz wird geleistet?	11
2.9. Was bedeutet STIKO-Empfehlung?	11
2.10. Welche Leistungsnachweise müssen vorgelegt werden?	12
3. Sehhilfen und Hilfsmittel (Tarif 173)	13–15
3.1. Versicherungsfähigkeit	13
3.2. Welche Leistungen sind versichert?	13
3.3. In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen vor?	13
3.4. Was wird unter Sehhilfen verstanden?	14
3.5. Was ist refraktive Chirurgie und welche Leistungen übernimmt hier der Tarif?	14
3.6. Für welche Hilfsmittel werden nach Vorleistung der GKV die Restkosten übernommen?	14
3.7. Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung für den privatärztlichen Vergütungsanteil?	14
3.8. Welche Leistungsnachweise müssen vorgelegt werden?	15
4. Naturmedizin (Tarifstufe 177 oder 178)	16–18
4.1. Versicherungsfähigkeit	16
4.2. Welche Leistungen sind versichert?	16
4.3. In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen vor?	17
4.4. Welche Naturheilverfahren sind erstattungsfähig?	17
4.5. Wird für TCM (Traditionelle Chinesische Medizin) geleistet?	18
4.6. Werden Laborleistungen vergütet?	18
4.7. Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung?	18
4.8. Welche Leistungsnachweise müssen vorgelegt werden?	18

5. Einmalleistung bei Krebs (Tarif 176)	19
5.1. Versicherungsfähigkeit	19
5.2. Welche Leistungen sind versichert?	19
5.3. In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen vor?	19
5.4. Welche Leistungsnachweise müssen vorgelegt werden?	19
5.5. Wann endet der Vertrag?	19
6. Wichtig zu wissen	20–23
6.1. Abschlussweg	20
6.2. Sieht die Deutsche Ambulantversicherung Wartezeiten vor?	20
6.3. Welche Tarife der Deutsche Ambulantversicherung sehen Gesundheitsfragen vor?	20
6.4. Was bedeutet Leistung „innerhalb von jeweils 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren“?	21
6.5. Wie ist der Geltungsbereich in der Deutsche Ambulantversicherung definiert?	22
6.6. Wie sind die Tarife der Deutsche Ambulantversicherung kalkuliert?	22
6.7. Beitragssprünge im Tarif Aktiv (510/515) – Leistungen des Versicherungsnehmers	22
6.8. Beitragssprünge im Tarif Aktiv (510/515) – Wie wird der Kunde informiert?	23
6.9. Informationen zum Tarifwechsel aus bestehenden Tarifen	23
6.10. Sieht die Deutsche Ambulantversicherung eine Mindestvertragslaufzeit vor?	23
7. Erstattungsbeispiele	24

1. Aktiv (Tarif 510 / 515)

1.1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähigkeit im Tarif Aktiv ist gegeben,

- wenn und solange bei einer deutschen GKV Anspruch auf Leistungen für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung besteht und
- der Wohnsitz in Deutschland liegt.

Neben dieser Zusatzversicherung darf keine Krankheitskostenvollversicherung bei einer privaten Krankenversicherung oder eine weitere Zusatzversicherung für Kosten ambulanter oder privatärztlicher Heilbehandlung bestehen, abgeschlossen oder fortgeführt werden.

Ausnahme: Eine Leistung für Zahnersatzmaßnahmen kann aus diesem Tarif ausgeschlossen werden (§ 2 Nr. 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zum Tarif Aktiv), wenn stattdessen eine anderweitige Zahnzusatzversicherung bei der Münchener Verein Krankenversicherung a.G. bestehen bleibt (z. B. Tarif 762) oder abgeschlossen wird (z. B. Tarife: 768, 769, 560, 561, 570, 571, 572+574).

Der GKV-Ergänzungstarif Naturmedizin der Münchener Verein Krankenversicherung a.G. kann zusätzlich bestehen oder abgeschlossen werden.

1.2. Welche Leistungen sind versichert?

Wir leisten außerhalb der von der GKV vorgegebenen Altersgrenzen und Zeitabständen einmal je Versicherungsjahr für nach Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen. Das sind:

- Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten (z. B. Kinder-Intervall-Check, Gesundheits-Check von Erwachsenen inkl. großem Blutbild)
- Früherkennung von Krebserkrankungen (z. B. große Krebsfrüherkennung für Frauen und Männer, Hautkrebs- und Brustkrebsfrüherkennung).

Erstattungsfähig sind auch

- die Kosten für Sehhilfen (Brillengestelle, Brillengläser, Kontaktlinsen) bei Änderung der Sehfähigkeit des Auges um mindestens 0,5 Dioptrien
- die Mehrkosten durch freie Krankenhauswahl unter allen Versorgungskrankenhäusern in Deutschland nach Vorleistung der GKV
- die auf Auslandsreisen bis zur Dauer von 6 Wochen infolge einer akuten und unvorhersehbaren Erkrankung oder eines Unfalls notwendigen Aufwendungen durch Heilbehandlung (ärztliche Behandlung; ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel; Heilmittel; stationäre Heilbehandlung; notwendiger Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bei stationärer Behandlung; schmerzstillende Zahnbehandlung sowie notwendige Füllungen und Reparaturen in einfacher Ausfertigung, nicht jedoch für Zahnersatzmaßnahmen; einen aus medizinischen Gründen notwendigen Rücktransport der erkrankten oder verletzten Person aus dem Ausland; Kosten einer Überführung oder Beisetzung bei Tod im Ausland bis zu 5.000 Euro). Als Ausland gelten nicht die Länder, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in denen sie einen ständigen Wohnsitz hat.

Soweit keine anderweitige Zahnzusatzversicherung beim Münchener Verein besteht oder zeitgleich mit dem Tarif Aktiv beantragt wird, leistet der Tarif Aktiv auch für

- Zahnersatzmaßnahmen einschließlich zahntechnischer Material- und Laborkosten

Als Zahnersatz gelten: Prothesen, Stützähne, Kronen, Brücken, Reparaturen. Nicht zum Leistungsumfang gehören: Inlays, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen sowie Implantat getragener Zahnersatz.

1.3. In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen vor?

Erstattet werden

- 100 Prozent der Kosten einmal je Versicherungsjahr für die nach Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen
- 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für Sehhilfen bis zu 175 Euro je Versicherungsjahr bei Änderung der Sehfähigkeit des Auges um mindestens 0,5 Dioptrien. Im ersten und im zweiten Versicherungsjahr erstatten wir insgesamt max. bis zu 100 Euro.
- 100 Prozent der Mehrkosten bei freier Krankenhauswahl unter allen Versorgungskrankenhäusern in Deutschland nach Vorleistung der GKV
- 100 Prozent der auf Auslandsreisen bis zur Dauer von 6 Wochen infolge einer akuten und unvorhersehbaren Erkrankung oder eines Unfalls erstattungsfähigen Aufwendungen durch Heilbehandlung

Soweit keine anderweitige Zahnzusatzversicherung beim Münchener Verein besteht oder zeitgleich mit dem Tarif Aktiv beantragt wird, leistet der Tarif Aktiv auch für

- 20 Prozent des Rechnungsbetrages für Zahnersatzmaßnahmen einschließlich zahntechnischer Material- und Laborkosten
- Leistungsanspruch je versicherte Person besteht für Zahnersatzmaßnahmen wie folgt:
 - im ersten und zweiten Versicherungsjahr insgesamt bis zu 200 Euro
 - ab dem dritten Versicherungsjahr bis zu 500 Euro je Versicherungsjahr
 - für nach Beginn des Versicherungsschutzes eingetretene Unfälle bis zu 2.000 Euro je Versicherungsjahr

1.4. Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung für den privatärztlichen Vergütungsanteil?

Erstattungsfähig sind die Kosten der privatärztlichen Heilbehandlung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Höchstsatz der GOÄ ist dafür derzeit der 3,5-fache Satz.

1.5. Was heißt Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen?

Die Früherkennungsuntersuchungen, die von der GKV bezahlt werden dürfen, sind in §§ 25 ff. SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) aufgeführt. Dort ist auch vermerkt, ab welchem Alter und in welchen Zeitabständen für diese Vorsorgeuntersuchungen geleistet wird.

- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gehören zwar zu den Standardleistungen der gesetzlichen Krankenkassen, sind allerdings an Altersgrenzen und Zeitabstände gebunden

Krebsvorsorge-Untersuchungen der GKV	Ab Alter	Häufigkeit
Brust-Krebs-Vorsorge bei Frauen (aber ohne Sonographie und Mammographie)	30 Jahre	1 x jährlich
Mammographie-Screening bei Frauen	50 – 69 Jahre	1 x alle 2 Jahre
Prostata-Krebs-Vorsorge bei Männern (aber ohne Sonographie und PSA-Test zur Bestimmung eines Prostatakarzinoms)	45 Jahre	1 x jährlich
Darmkrebs-Vorsorge bei Frauen und Männern <ul style="list-style-type: none"> • mittels Stuhltest • mittels Darmspiegelung (Koloskopie) 	50 – 54 Jahre 55 Jahre	1 x jährlich 2 x im Abstand von 10 Jahren
Hautkrebs-Vorsorge bei Frauen und Männern	35 Jahre	1 x alle 2 Jahre

Quelle: Homepage Bundesministerium für Gesundheit, Stand 18.05.2016, unter <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/leistungen/frueherkennung-vorsorgeleistungen.html>

- Weiter sieht der Gesetzgeber definierte Standard-Leistungen für Kinder- und Jugenduntersuchungen, Schwangerschaftsuntersuchungen sowie Check-up-Untersuchungen im Sinne einer Grundversorgung vor:

Weitere GKV-Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen	Ab Alter	Häufigkeit
Kinder- und Jugenduntersuchungen <ul style="list-style-type: none"> • U1 – U9-Untersuchungen für Mädchen und Jungen • J1-Untersuchung für Mädchen und Jungen 	Von Geburt bis Alter 6 Jahre 13.–14. Lebensjahr	10 Untersuchungen (U1–U9) einmalig
Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen bei Frauen Gesetzlich vorgesehene GKV-Regelleistungen: <ul style="list-style-type: none"> • Vorsorgeuntersuchungen vor der Geburt • Serologische Untersuchungen und Maßnahmen • Screening auf Schwangerschaftsdiabetes • Ultraschall-Untersuchungen Keine Standard-Leistungen sind Triple-Test (zum Ausschluss des Down-Syndroms) oder Toxoplasmose-Test (zum Ausschluss einer Infektion mit Toxoplasma gondii).	Ab Schwangerschaft	Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen max. 3 Basis-Ultraschall-Untersuchungen (9.–12. SSW, 19.–22. SSW, 29.–32 SSW)

Weitere GKV-Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen	Ab Alter	Häufigkeit
<p>Gesundheits-Check-up für Frauen und Männer zur Früherkennung insbesondere von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus und Nierenerkrankungen</p> <p>Gesetzlich vorgesehene GKV-Regelleistungen im Rahmen einer Basisuntersuchung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamnese und Erfassung des Risikoprofils • Ganzkörperuntersuchung • Messung des Blutdrucks • Laboruntersuchung (aus dem Blut: Cholesterin, Glukose; aus dem Urin: Eiweiß, Glukose, rote und weiße Blutkörperchen, Nitrit) • Beratung über das Ergebnis <p>Leistungen wie z. B. Ruhe-EKG, Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung und Laktatbestimmung zählen in diesem Zusammenhang nicht zu den GKV-Regelleistungen</p>	35 Jahre	1 x alle 2 Jahre

Quelle: Homepage Bundesministerium für Gesundheit, Stand 18.05.2016, unter <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/leistungen/frueherkennung-vorsorgeleistungen.html>

1.6. Gibt es ein Preis- / Leistungsverzeichnis für die Vorsorgeuntersuchungen im Tarif Aktiv?

Nein, es existiert im Tarif Aktiv kein Verzeichnis, in dem über den tariflichen Erstattungsrahmen nach den Nr. 1.1. bis 1.4. hinaus die Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen im Umfang und in der Höhe nach definiert und ggf. begrenzt sind.

1.7. Was ist der Unterschied zwischen den Tarifen 510 und 515?

Beide Tarife enthalten exakt denselben Leistungsumfang. Der einzige kalkulatorisch bedingte Unterschied ist, dass der Tarif 510 bis einschließlich Eintrittsalter 49 Jahre und der Tarif 515 ab einschließlich Eintrittsalter 50 abgeschlossen werden kann.

1.8. Welche Leistungsnachweise müssen vorgelegt werden?

Im Tarif 510/515 sind die Kostenbelege immer zuerst der GKV vorzulegen. Wir benötigen deren Erstattungsvermerk. Im Übrigen benötigen wir die Originalrechnungen.

2. Vorsorge (Tarif 172)

2.1. Versicherungsfähigkeit

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

2.2. Welche Leistungen sind versichert?

Erstattungsfähig sind die Kosten für von Ärzten erbrachte

a. Vorsorgeuntersuchungen:

Geleistet wird für Vorsorgeuntersuchungen unabhängig von Altersgrenzen oder Zeitabständen in der GKV. 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. Malariaphylaxe

sowie

die Kosten für Präventionsmaßnahmen, sofern die GKV für diese eine Leistung erbringt. Maßnahmen zur Prävention sind zum Beispiel Stressbewältigungs- und Entspannungskurse, Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung.

2.3. In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen vor?

Erstattet werden

- die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen und Malariaphylaxe zu 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Arznei- und Verbandmittel bis zu 1.000 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren

Leistungsanspruch je versicherte Person besteht in den ersten zwei Versicherungsjahren wie folgt:

- im ersten Versicherungsjahr bis zu 250 Euro
 - In den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen bis zu 500 Euro
 - ab dem dritten Versicherungsjahr entfällt diese Summenbegrenzung
- Zusätzlich die Kosten von Präventionsmaßnahmen nach Vorleistung der GKV zu 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu 100 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren

2.4. Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung für den privatärztlichen Vergütungsanteil?

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

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.

2.5. Für welche Vorsorgeuntersuchungen wird z. B. aus dem Tarif Vorsorge (172) geleistet?

Bei den nachfolgend aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen handelt es sich um Beispiele. Der Tarif Vorsorge kennt kein festes Leistungsverzeichnis. Es besteht für die Vorsorgeuntersuchungen keine Alters-, Zeit- oder Diagnosebeschränkung.

Kinder- und Jugendlichen-Vorsorgeuntersuchungen

- U10: Kindervorsorgeuntersuchung im 8.–9. Lebensjahr (LJ)
- U11: Kindervorsorgeuntersuchung im 10.–11. LJ
- J2: Einmalige Wiederholung der Jugendlichen-Vorsorgeuntersuchung J1 im 17.–18. LJ
- Schiellvorsorge: Einmalige Früherkennungsuntersuchung für Kinder bis zum 7. LJ
- Augen-Check: Einmalige Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Jugendliche im 7.–15. LJ
- Audio-Check: Einmalige Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Jugendliche im 7.–15. LJ

Schwangerschafts-Vorsorgeuntersuchungen

- „Baby-TV“: Zusätzliche Sonographie, einmalig pro Schwangerschaft
- Triple-Test, einmalig pro Schwangerschaft
- Toxoplasmose-Test
- Nackentransparenzmessung
- Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese und FISH-Schnelltest)

Allgemeine Vorsorgeuntersuchungen

- Großer Gesundheits-Check/Sport-/Fitness-Check zur Feststellung der Leistungsfähigkeit, Früherkennung insbesondere von Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen (wie Diabetes) sowie Erkrankungen der inneren Organe, auch klinische Untersuchungen, einschließlich
 - Großem Blutbild und Bestimmung von Stoffwechselwerten
 - Ruhe-/Belastungs-EKG
 - Sonographie von bis zu 4 Organen
 - Lungenfunktionsprüfung (inklusive Ruhespirographie und Flussvolumenkurve)
 - Laktat-Test
- Helicobacter-Pylori-Test: Helicobacter Pylori ist ein Bakterium, das für über 75 Prozent der Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre (stellen Krebsvorstufen dar) verantwortlich ist. Der Test wird mittels eines C-Harnstoff Atemtests durchgeführt.
- Schilddrüsen-Screening

- Glaukom-Vorsorge (zur Früherkennung des Grünen Stars) mittels Perimetrie, Tonometrie und Gonioskopie
- Osteoporose-Vorsorge durch Bestimmung des Mineralgehaltes des Knochengerüsts (Osteodensitometrie)
- Hirnleistungs-Check zur Früherkennung einer Demenz mittels orientierender Testuntersuchungen
- Schlaganfall-Vorsorge durch Messung der Strömungsverhältnisse mittels Sonographie
- HIV-Test

Krebsvorsorge-Untersuchungen

- Große Krebsvorsorge der Frau einschließlich
 - Körperlicher Untersuchung
 - Großem Blutbild
 - Sonographie von bis zu 4 inneren Organen
 - Sonographie der Brust
 - Mammographie (Röntgenuntersuchung der Brust)
- Große Krebsvorsorge des Mannes einschließlich
 - Körperlicher Untersuchung
 - Großem Blutbild
 - Sonographie von bis zu 4 inneren Organen
 - Bestimmung des Prostataspezifischen Antigens (PSA-Test) im Rahmen eines Bluttests zur
 - Früherkennung eines Prostata-Karzinoms
- Hautkrebs-Screening mittels Auflichtmikroskopie oder Video-Dermatoskopie
- Darmkrebsvorsorge mittels Stuhlbluttest bzw. Darmspiegelung (Koloskopie)

2.6. Gibt es ein Preis- / Leistungsverzeichnis für die Vorsorgeuntersuchungen im Tarif Vorsorge?

Nein, es existiert im Tarif Vorsorge kein Verzeichnis, in dem über den tariflichen Erstattungsrahmen nach den Nr. 2.2. bis 2.4. hinaus die Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen im Umfang und in der Höhe nach definiert und ggf. begrenzt sind.

2.7. Was sind IGeL-Leistungen und sieht der Tarif hierfür Leistungen vor?

IGeL-Leistungen sind Individuelle Gesundheits-Leistungen, die von einem Arzt erbracht werden. Es sind Leistungen, die nicht zum Leistungskatalog einer der gesetzlichen Krankenkassen gehören, die eine Kasse also nicht zahlen muss. Bei den IGeL-Leistungen handelt es sich damit um sog. „Selbstzahler-Leistungen“.

Der Tarif Vorsorge schließt diese gesetzliche Versorgungslücke sinnvoll und entlastet unseren Kunden finanziell. Bei der Mehrzahl an Leistungen, die aus dem Tarif Vorsorge erstattet werden, handelt es sich um IGeL-Leistungen.

Der IGeL-Markt wächst aktuell. Knapp einem Drittel der GKV-Versicherten wird bereits beim niedergelassenen Arzt eine ärztliche Leistung als Privatleistung angeboten oder in Rechnung gestellt. Die häufigsten in Rechnung gestellten IGeL-Leistungen sind Ultraschalluntersuchungen/Sonografien, Glaukom-Vorsorge, Blut- und Laboruntersuchungen, eine zusätzliche Krebsfrüherkennung sowie Hautkrebs-Vorsorge.

Bei Interesse finden Sie eine Auflistung von IGeL-Leistungen unter www.igel-monitor.de

2.8. Für welche Schutzimpfungen inkl. Reiseschutz wird geleistet?

Aus dem Tarif Vorsorge werden u.a. übernommen:

- Schutzimpfungen entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut (STIKO)
- Schutzimpfungen gegen Tollwut, Hepatitis und Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), HPV ab 17 Jahre (unabhängig von einer bestehenden Empfehlung der STIKO)
- Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen, z. B. gegen Hepatitis, Gelbfieber, Typhus sowie
- Malaria-Prophylaxe

2.9. Was bedeutet STIKO-Empfehlung?

Die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) empfiehlt Impfungen, die von hohem Wert für den Gesundheitsschutz des Einzelnen und der Allgemeinheit sind.

Die Regelleistungen der GKV basieren auf den Empfehlungen der STIKO:

Schutzimpfungen der GKV gemäß STIKO-Empfehlung	Krankheit
Standardimpfungen für Säuglinge, Kinder, Jugendliche	<ul style="list-style-type: none"> • Diphtherie • Tetanus • Poliomyelitis (Kinderlähmung) • Haemophilus influenzae Typ B (Hib)-Infektion • Pertussis (Keuchhusten) • Hepatitis B • Masern, Mumps, Röteln (MMR) • Varizellen • Pneumokokken-Infektion • Meningokokken-Infektion • HPV (Humanes Papillom-Virus; für junge Frauen) • Rotaviren
Auffrischungsimpfungen für Kinder, Jugendliche	<ul style="list-style-type: none"> • 2 x Diphtherie • 2 x Tetanus • 2 x Pertussis (Keuchhusten) • 1 x Poliomyelitis (Kinderlähmung)

Schutzimpfungen der GKV gemäß STIKO-Empfehlung	Krankheit
Standard- bzw. Auffrischungsimpfungen für Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> • Auffrischung gegen Diphtherie und Tetanus alle 10 Jahre (empfohlen, auch als Kombinationsimpfung mit Pertussis) • Masern (ungeimpfte bzw. nur einmal geimpfte nach 1970 geborene Personen) <p>Ab 60 Jahre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Influenza (Virusgrippe) • Pneumokokken-Infektion
Indikationsimpfungen	<p>Individuell für Risikogruppen (nicht beruflich):</p> <ul style="list-style-type: none"> • FSME (Frühsommermeningo-Enzephalitis; „übertragen durch Zecken“; Kostenübernahme in Risiko-Regionen, siehe unter www.rki.de) • Haemophilus influenzae Typ B (Hib)-Infektion • Hepatitis A und B • Influenza (Virusgrippe) • Masern • Meningokokken-Infektion • Pertussis (Keuchhusten) • Pneumokokken-Infektion • Poliomyelitis (Kinderlähmung) • Röteln (MMR) • Varizellen

Quelle: Homepage Bundesministerium für Gesundheit, Stand 18.05.2016, unter <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/leistungen/frueherkennung-vorsorgeleistungen.html>

Übernimmt die GKV die Kosten für Schutzimpfungen oder Reiseschutz nicht oder nicht in voller Höhe, so leistet der Tarif Vorsorge (Tarif 172).

2.10. Welche Leistungsnachweise müssen vorgelegt werden?

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

3. Sehhilfen und Hilfsmittel (Tarif 173)

3.1. Versicherungsfähigkeit

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

3.2. Welche Leistungen sind versichert?

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

3.3. In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen vor?

Erstattet werden die Kosten für

- Sehhilfen zu 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu 400 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren
- refraktive Chirurgie zu 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen und bis zu 800 Euro je Auge, ein erneuter Anspruch entsteht fünf Jahre nach einer Augen-Operation
- Hilfsmittel nach Vorleistung der GKV zu 100 Prozent 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 Höchstleistungsbetrag

Der Höchstleistungsbetrag 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 Höchstleistungsbetrag nicht.

Von der GKV erbrachte Leistungen werden angerechnet.

3.4. Was wird unter Sehhilfen verstanden?

Unter Sehhilfen werden Brillengestelle und -gläser sowie Kontaktlinsen (einschließlich Tages- und Monatslinsen) verstanden. Kontaktlinsenpflegemittel sind nicht erstattungsfähig. Eine tarifliche Erstattung erfolgt auch für Sonnenbrillen mit Gläsern, die eine Sehschwäche ausgleichen.

3.5. Was ist refraktive Chirurgie und welche Leistungen übernimmt hier der Tarif?

Unter dem Oberbegriff refraktive Chirurgie werden Augenoperationen zusammengefasst, die die Gesamtbrechkraft des Auges verändern und so konventionelle optische Korrekturen ersetzen oder zumindest deren benötigte Stärke deutlich reduzieren sollen.“ (Quelle: Wikipedia, 18.05.2016).

Zu den häufig angewandten Operationsmethoden zählen das Laserverfahren (z. B. LASIK, LASEK) sowie das Einsetzen von Implantaten (z. B. Intraokularlinsen).

Der Tarif „Sehhilfen und Hilfsmittel (173) erstattet Kosten für refraktive Chirurgie zu 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen und bis zu 800 Euro je Auge. Ein erneuter Anspruch entsteht fünf Jahre nach einer Augen-Operation. In den ersten beiden Versicherungsjahren gelten die unter Nr. 3.3. genannten Höchsterstattungsbeträge.

3.6. Für welche Hilfsmittel werden nach Vorleistung der GKV die Restkosten übernommen?

Erstattungsgrundlage ist der Hilfsmittelkatalog der GKV. Eine Erstattung erfolgt für die Rest-Kosten einer „besseren“ Ausführung des Hilfsmittels sowie Reparatur und Wartung dieses Hilfsmittels. Wir ersetzen nicht die Aufwendungen für Gebrauch (z. B. Batterien) und Pflege (z. B. Reinigungsmittel).

Als Hilfsmittel gelten z. B. Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Insulinpumpen, Schlafapnoegeräte (CPAPGeräte), Perücken, Kunstglieder, orthopädische Rumpf, Arm- und Beinstützapparate einschließlich Sitz und Liegeschalen, Krankenfahrstühle, Miet- und Sachnebenkosten lebenserhaltender Hilfsmittel (wie z. B. Atem/Herzfrequenzmonitor, Heimdialysegeräte, Sauerstoffkonzentrator).

3.7. Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung für den privatärztlichen Vergütungsanteil?

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

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.

3.8. Welche Leistungsnachweise müssen vorgelegt werden?

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

4. Naturmedizin (Tarifstufe 177 oder 178)

4.1. Versicherungsfähigkeit

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

4.2. Welche Leistungen sind versichert?

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 | • Lymphdrainage |
| • Ausleitende Verfahren (Aderlass, Schröpfen, Blutegelbehandlung) | • Magnetfeldtherapie bei orthopädischen Erkrankungen |
| • Biochemische Behandlung nach Schüßler | • Neuraltherapie |
| • Chirotherapie | • Osteopathische Behandlung |
| • Eigenblutbehandlung | • Präparate der Phytotherapie |
| • Elektrotherapie | • Roedersches Verfahren |
| • Homöopathie | • Therapeutische Lokalanästhesie |
| • Homöosiniatrie | • Thermotherapie |
| • Hydrotherapie | • Ultraschalltherapie |
| • Lichttherapie bei dermatologischen Erkrankungen | |

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

Wichtiger Hinweis:

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

4.3. In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen vor?

Erstattet werden 85 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen

a) in Tarfstufe 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

b) in Tarfstufe 178

im ersten Versicherungsjahr bis zu 240 Euro

in den ersten beiden Versicherungsjahren bis zu 480 Euro

ab dem dritten Versicherungsjahr bis zu 1.000 Euro je Versicherungsjahr

Die vorgenannten Höchsterstattungsbeträge 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 Tarfstufe 177 bzw. um 20 Euro in Tarfstufe 178. Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigen sich die Höchsterstattungsbeträge nicht.

Bei einem Wechsel der Tarfstufe des Tarifs Naturmedizin werden Leistungen aus der bisherigen Tarfstufe auf die Höchsterstattungsbeträge der neu versicherten Tarfstufe 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.

4.4. Welche Naturheilverfahren sind erstattungsfähig?

Es sind Naturheilverfahren erstattungsfähig, die vom Heilpraktiker durchgeführt werden und nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) abgerechnet werden können.

Vom Arzt durchgeführte Naturheilverfahren sind immer im tariflichen Umfang erstattungsfähig, wenn sie unter den in Nr. 4.2. a) genannten Leistungen des Hufeland-Leistungsverzeichnisses aufgeführt sind.

Sofern eine Leistung aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis vom Kunden gewünscht ist, die nicht in den Tarifbedingungen aufgeführt ist, kann die Erstattungsfähigkeit im Einzelfall durch die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. geprüft werden, wenn diese von der Schulmedizin überwiegend anerkannt ist, sich die Methode in der Praxis Erfolg versprechend bewährt hat oder keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen.

Das Hufeland-Leistungsverzeichnis ist eine Abrechnungshilfe für naturheilkundlich tätige Ärzte. Zu den jeweiligen naturheilkundlichen Untersuchungen und alternativen Behandlungsmethoden werden entsprechende Abrechnungsvorschläge gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gegeben. Die Abrechnung muss demnach im Rahmen der GOÄ erfolgen.

4.5. Wird für TCM (Traditionelle Chinesische Medizin) geleistet?

Tariflich erstattungsfähig sind Kosten für Akupunktur und Präparate der Phytotherapie sowie Massagen (z. B. Tuina, Shiatsu).

Nicht erstattungsfähig aus dem Tarif Naturmedizin sind Kosten für Bewegungsübungen wie Qigong.

4.6. Werden Laborleistungen vergütet?

Laborleistungen, die im Zusammenhang mit einer vom Heilpraktiker durchgeführten Behandlung anfallen und ausdrücklich in der GebÜH genannt sind, werden im tariflichen Umfang übernommen. Für darüber hinausgehende in Rechnung gestellte Laborleistungen sieht der Tarif keine Erstattung vor.

4.7. Bis zu welchem Gebührensatz erfolgt eine Erstattung?

Heilpraktikerleistungen sind bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH) erstattungsfähig

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

Die Kosten osteopathischer Behandlung sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie durch ein Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen erbracht wurden und im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet werden.

4.8 Welche Leistungsnachweise müssen vorgelegt werden?

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

5. Einmalleistung bei Krebs (Tarif 176)

5.1. Versicherungsfähigkeit

Aufnahme- und versicherungsfähig sind Personen, für die ein Leistungsanspruch bei einer deutschen gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung, auf freie Heilfürsorge oder auf truppenärztliche Versorgung besteht. Die Versicherung endet zum Ablauf des Monats, in dem dieser Leistungsanspruch geendet hat.

5.2. Welche Leistungen sind versichert?

Der Tarif bietet eine einmalige Sofortleistung zur finanziellen Unterstützung bei Krebserkrankung von bis zu 10.000 Euro. Die Leistung steht zur freien Verfügung, z. B. für

- Spezialbehandlungen, auch im Ausland
- Alternative Medikamente, besondere Therapien und Anwendungen
- Ausgleich möglicher Verdienstaufälle
- Kurzurlaub, Kuraufenthalte
- Kinderbetreuung, Haushaltshilfen
- Hospizbetreuung

Voraussetzung für die Leistung ist das Vorliegen einer ärztlich festgestellten Krebserkrankung (Bösartige Neubildung ohne nicht-melanotischen („weißen“) Hautkrebs oder eines Hirntumors (auch gutartig). Kein Anspruch besteht,

- wenn eine der vorgenannten Erkrankungen in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung ärztlich diagnostiziert worden ist oder
- wenn hinsichtlich der vorgenannten Erkrankungen eine Abklärung vor Antragstellung medizinisch indiziert, aber nicht abgeschlossen war

5.3. In welcher Höhe sieht der Tarif Leistungen vor?

Der Tarif kann je nach Wunsch online in Stufen zu je 500 Euro, von 2.500 Euro bis zu 10.000 Euro abgeschlossen werden.

5.4. Welche Leistungsnachweise müssen vorgelegt werden?

Der Tarif erbringt ohne Kostennachweis die Einmalleistung in der versicherten Höhe. Als Leistungsnachweis dient die Vorlage einer ärztlichen Stellungnahme über den Eintritt der Erkrankung.

5.5. Wann endet der Vertrag?

Die Versicherung endet zum 01. des Folgemonats, wenn die tarifliche Einmalleistung erbracht ist, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

6. Wichtig zu wissen

6.1. Abschlussweg

Der Abschlussweg der Deutschen Ambulantversicherung ist ausschließlich online möglich

6.2. Sieht die Deutsche Ambulantversicherung Wartezeiten vor?

Nein, die Deutsche Ambulantversicherung sieht keine Wartezeiten vor. Ein Leistungsanspruch besteht im tariflichen Umfang sofort ab Versicherungsbeginn.

6.3. Welche Tarife der Deutsche Ambulantversicherung sehen Gesundheitsfragen vor?

Wenn die Tarife „Sehhilfe und Hilfsmittel“ (173) und/oder „Naturmedizin“ (177 oder 178) beantragt werden, stellen wir wenige Gesundheitsfragen. Sofern diese verneint werden, können wir die gewünschte Absicherung zur Verfügung stellen. Falls eine Frage bejaht wird, können wir den gewünschten Versicherungsschutz leider nicht bieten. Eine darüberhinausgehende individuelle Gesundheitsprüfung ist nicht möglich.

Gesundheitsfragen im Tarif Sehhilfe und Hilfsmittel (173):

- Tragen Sie eine Hörhilfe, ist eine Hörgeräteversorgung oder eine Augen-Operation angeraten?
- Besteht bei Ihnen ein Grad der Behinderung von mindestens 50 oder eine Pflegebedürftigkeit bzw. wurde jemals ein Antrag auf deren Feststellung gestellt oder beziehen Sie Leistungen aufgrund einer Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. wurden solche jemals beantragt?
- Fanden bei Ihnen wegen einer der folgenden Krankheiten in den letzten 3 Jahren Untersuchungen oder Behandlungen statt oder sind deswegen Behandlungen oder Untersuchungen angeraten oder beabsichtigt?
 - Arterielle Verschlusskrankheit, Arthrose, chronische Lungenerkrankung, Diabetes mellitus, Epilepsie, Hirntumor, HIV-Infektion, Krebs, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, Rheuma (z. B. rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew), Schlaganfall, Schlafapnoe, Suchterkrankungen, während der Schwangerschaft oder während der Geburt erworbene körperliche oder geistige Behinderung (z. B. Rötelnembryopathie, Trisomie, Organ-, Skelettdeformitäten oder Geburtsschäden)

Gesundheitsfrage im Tarif Naturmedizin (177/178):

- Besteht bei Ihnen ein Grad der Behinderung von mindestens 50 oder eine Pflegebedürftigkeit bzw. wurde jemals ein Antrag auf deren Feststellung gestellt oder beziehen Sie Leistungen aufgrund einer Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. wurden solche jemals beantragt?
- Fanden bei Ihnen wegen einer der folgenden Krankheiten in den letzten 3 Jahren Untersuchungen oder Behandlungen statt oder sind deswegen Behandlungen oder Untersuchungen angeraten oder beabsichtigt?

- Arterielle Verschlusskrankheit, Arthrose, chronische Lungenerkrankung, Diabetes mellitus, Epilepsie, Hirntumor, HIV-Infektion, Krebs, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, Rheuma (z. B. rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew), Schlaganfall, Schlafapnoe, Suchterkrankungen, während der Schwangerschaft oder während der Geburt erworbene körperliche oder geistige Behinderung (z. B. Rötelnembryopathie, Trisomie, Organ-, Skelettdeformitäten oder Geburtsschäden)
- Erkrankungen der Wirbelsäule, Bandscheibe oder Rückenmuskulatur (mehr als einmal in den letzten drei Jahren behandelt), chronische Darmerkrankung (z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), koronare Herzkrankheit, Migräne, Neurodermitis, Psoriasis, psychische Erkrankungen, Allergien (Nahrungsmittelunverträglichkeiten wie Laktose-, Fruktoseintoleranz sind keine Allergien und daher nicht relevant), Adipositas (BMI > 35)
- Wurden Sie in den letzten 6 Monaten von einem Heilpraktiker behandelt oder untersucht oder sind Behandlungen oder Untersuchungen beim Heilpraktiker angeraten oder beabsichtigt?

Im Tarif Einmalleistung bei Krebs (176) arbeiten wir mit einer Gesundheitserklärung:

Mir ist bekannt, dass kein Leistungsanspruch aus dem Tarif „Einmalleistung bei Krebs“ gegeben ist,

- wenn eine der folgenden Krankheiten in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung ärztlich diagnostiziert worden ist: Krebs (bösartige Neubildungen ohne nicht-melanotischen Hautkrebs), Hirntumor (auch gutartig),
- wenn hinsichtlich der vorgenannten Erkrankungen eine Abklärung vor Antragstellung medizinisch indiziert, aber noch nicht abgeschlossen war

6.4. Was bedeutet Leistung „innerhalb von jeweils 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren“?

Der Tarif Vorsorge und der Tarif Sehhilfen und Hilfsmittel sehen jeweils eine Leistung bis zu einem festgeschriebenen Höchstleistungsbetrag „innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren“ vor.

Unter „innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren“ versteht die Münchener Verein Krankenversicherung a.G. jeweils ein „Abrechnungs-Paar“ an Versicherungsjahren – gerechnet ab dem Jahr des Versicherungsbeginns: 1.+2. Versicherungsjahr (VJ), 3.+4. VJ, 5.+6. VJ, 7.+8. VJ, usw.

Zur Erläuterung finden Sie nachfolgend ein Beispiel anhand des Tarifes Sehhilfen und Hilfsmittel:

- Der Tarif sieht z. B. für Sehhilfen eine Leistung von 100 Prozent, max. 400 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden VJ vor
- In den ersten beiden VJ wird zusätzlich ein Höchstleistungsbetrag berücksichtigt. Im ersten VJ besteht ein Leistungsanspruch je versicherte Person bis zu 240 Euro, in den ersten beiden VJ zusammen bis zu 480 Euro. Ab dem dritten VJ entfällt dieser zusätzliche Höchstleistungsbetrag. Weiter ermäßigt sich der Höchstleistungsbetrag für das erste bzw. die ersten beiden Versicherungsjahre bei unterjährigem Beginn für jeden im ersten Versicherungsjahr nicht versicherten Monat um 20 Euro.
- Versicherungsbeginn ist der 01.07.2016
- Das 1. VJ dauert vom 01.07.2016 bis zum 31.12.2016. Die nachfolgenden VJ entsprechen jeweils einem Kalenderjahr.
- Für das 1. VJ wird keine Rechnung eingereicht
- Im 2. VJ (01.01.2017 bis 31.12.2017) wird eine Rechnung über eine Sehhilfe in Höhe von 350 Euro vorgelegt und der Betrag in voller Höhe erstattet

- Im 3. VJ (01.01.2018 bis 31.12.2018) schickt der Kunde eine Rechnung über 300 Euro ein. Die Rechnung wird in voller Höhe beglichen.
- Im 4. VJ legt uns der Kunde wieder eine Brillenrechnung in Höhe von 300 Euro vor. Da das 3.+4. VJ ein „Abrechnungs-Paar“ bilden, erhält der Kunde noch 100 Euro (= Höchsterstattungsbetrag im 3.+4. VJ max. 400 Euro minus Erstattung aus dem 3. VJ in Höhe von 300 Euro).

6.5. Wie ist der Geltungsbereich in der Deutsche Ambulantversicherung definiert?

Die Tarife Aktiv, Vorsorge, Sehhilfen und Hilfsmittel und Naturmedizin setzen voraus (s. Versicherungsfähigkeit), dass ein direkter Leistungsanspruch bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht.

Sofern auch im Ausland ein direkter Leistungsanspruch gegen eine GKV besteht, ist eine weltweite Leistung grundsätzlich möglich.

Im Tarif „Einmalleistung bei Krebs“ (176) dehnt sich die Anspruchsgrundlage noch auf die private Krankenversicherung, auf freie Heilfürsorge oder auf truppenärztliche Versorgung aus. Besteht gegen diese Leistungsträger ein Anspruch auf Erstattung im Ausland, besteht auch der Anspruch auf Leistungen im Ausland aus dem Tarif 176.

6.6. Wie sind die Tarife der Deutsche Ambulantversicherung kalkuliert?

Der Tarif Aktiv (510/515) ist nach Art der Schadenversicherung, sprich zum Risikobeitrag, kalkuliert. Das bedeutet, es werden keine Alterungsrückstellungen aufgebaut. Der Beitrag steigt mit zunehmendem Alter entsprechend den Tariftabellen (sog. Beitragssprung; s. Nr. 6.7.).

Die Tarife Vorsorge (172), Sehhilfen und Hilfsmittel (173) und Naturmedizin (177/178) sind hingegen ab dem Eintrittsalter 21 Jahre nach Art der Lebensversicherung mit Alterungsrückstellungen kalkuliert. Kinder zahlen in den Tarifen 172, 173, 177/178 bis zum Ende des Jahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für die Altersgruppe 0–15. Vom Beginn des nächsten Versicherungsjahres an bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag für die Altersgruppe 16–20 zu zahlen. Danach ist der Beitrag für das Alter 21 zu entrichten.

Der Tarif Einmalleistung bei Krebs (176) wird für alle Eintrittsalter nach Art der Lebensversicherung angeboten

6.7. Beitragssprünge im Tarif Aktiv (510/515) – Leistungen des Versicherungsnehmers

Zu Beginn der Versicherung ist der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter der zu versichernden Personen entspricht. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Sobald eine Person das 15., 25. bzw. 50. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des auf diesen Zeitpunkt folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen.

6.8. Beitragssprünge im Tarif Aktiv (510/515) – Wie wird der Kunde informiert?

Der zu zahlende Beitrag ist auf dem Versicherungsschein enthalten. Des Weiteren erhält der Kunde im Rahmen einer Beitragsanpassung rechtzeitig einen Nachtrag zum Versicherungsschein, der den künftig zu zahlenden Beitrag ausweist. Ab wann der Beitrag der nächst höheren Altersgruppe zu zahlen ist, kann in den Tarifbedingungen nachgelesen werden.

6.9. Informationen zum Tarifwechsel aus bestehenden Tarifen

Grundsätzlich ist die Deutsche Ambulantversicherung für den Neuabschluss konzipiert, ein Tarifwechsel aus bestehenden Tarifen in die neuen Tarife der Deutsche Ambulantversicherung ist natürlich dennoch möglich.

Bitte beachten Sie:

- Kunden in nach Art der Lebensversicherung kalkulierten Tarifen wird die angesparte Alterungsrückstellung in den Tarifen Vorsorge, Sehhilfe und Hilfsmittel sowie Naturmedizin angerechnet
- Kunden, die in den Tarif Aktiv wechseln, verfallen ggf. angesparte Alterungsrückstellungen
- Bisher bestehende Leistungsausschlüsse/Leistungseinschränkungen bleiben bestehen und entfallen nicht
- Bisher bestehende Risikozuschläge bleiben bestehen und entfallen nicht
- Die Summenbegrenzung in den ersten Jahren wird angerechnet. Eine allgemeine Rechenregel kann man auf Grund der Vielfalt der anzutreffenden Summenbegrenzungen nicht geben, das wird im Einzelfall vom Fachbereich PVL geprüft.
- Bei einem Wechsel der Tarifstufe des Tarifs Naturmedizin werden Leistungen aus der bisherigen Tarifstufe auf die Höchsterstattungsbeträge der neu versicherten Tarifstufe angerechnet. Angerechnet werden nur solche Leistungen, die im Jahr des Tarifwechsels und im Jahr davor erbracht wurden.

Für einen Tarifwechsel verwenden Sie bitte den KV Rechenservice.

6.10. Sieht die Deutsche Ambulantversicherung eine Mindestvertragslaufzeit vor?

Die Mindestvertragslaufzeit beträgt bis zu zwei Versicherungsjahre. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn) und endet zum 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Jedes weitere Versicherungsjahr entspricht dem Kalenderjahr.

7. Erstattungsbeispiele

Alle Beispiele gelten für Leistungen ab dem 3. Versicherungsjahr.

Tarif	Leistung	Abrechnungsziffern	Rechnungsbetrag	Erstattungsbetrag
172	Große Gesundheitsuntersuchung	GOÄ Ziffer: 29, 250, 3562, 3560–3564, 3760, 3761, 3662, 3669, 3670, 3558	108,61 Euro	108,61 Euro
172	Große Krebsvorsorge inkl. Ultraschall	GOÄ Ziffer: 27, 410, 420, 4851, 5266	167,46 Euro	167,46 Euro
172	Auslandsreise Schutzimpfung inkl. Beratung + Impfung	GOÄ Ziffer: 1, 7, 375, 377, Impfdosis Twinrix (76,72 Euro), Impfdosis Ixiaro (88,74 Euro) Rezept: Malaria-Impfstoff = 56,95 Euro	272,00 Euro	272,00 Euro
173	Gleitsichtbrille	Rechnung Optiker Fielmann: Fassung = 100,00 Euro Gläser = 500,00 Euro	600,00 Euro	400,00 Euro
173	Laser OP (Lasik) beide Augen	GOÄ: 1375 x2, 440, 445, A1210 x2	1.837,76 Euro	1.600,00 Euro
173	Hörgerät, ein Ohr	Fa. Amplifon Deutschland: 1x Audeo V50	1.540,00 Euro Vorleistung GKV = 733,00 Euro	800,00 Euro
178	Osteopathie beim Heilpraktiker	GebÜH: 35.3, 35.2, 35.4, 34.2 = 86,50 Euro 4 Behandlungen	346,00 Euro	294,10 Euro
178	Akupunktur zur Schmerztherapie beim Arzt	GOÄ 1,5, 269a = 92,84 Euro 5 Behandlungen	464,20 Euro	394,57 Euro
178	Heilmittelbehandlung: Lymphdrainage	10 x Lymphdrainage je 20,50 Euro	205,00 Euro	174,25 Euro



münchener verein

Zukunft. In besten Händen.

Münchener Verein Krankenversicherung a. G.

Pettenkoferstr. 19 · 80336 München

Tel. 089/51 52-10 00 · Fax 089/51 52-15 01

info@muenchener-verein.de

www.muenchener-verein.de



Bitte beachten Sie: Dieser Fragen- und Antwortenkatalog ist nur für Sie als Vertriebspartner/in bestimmt. Eine Weitergabe an Dritte, insbesondere Kunden, ist nicht gestattet.

Die im Fragen- & Antwortenkatalog (FAQ) gezeigten Personen sind Mitarbeiter des Münchener Verein. Es gelten die jeweils aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen. Diese Unterlagen stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.