

Krankheitskosten-Tarif MA für ambulante Heilbehandlung (Ärzte)

(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

in Tarifstufe	
MA2 0 – MA2 3	
Ambulante Behandlung	100 %

Ambulante Behandlung

der Aufwendungen für

- ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Ärzte und Heilpraktiker,
- ambulante Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung, auch durch Hebammen und Entbindungspfleger,
- Heil- und Hilfsmittel,
- Brillengestelle bis zu einem Rechnungsbetrag von 110 EUR,
- orthopädische Schuhe bis zu einem Rechnungsbetrag von 165 EUR pro Kalenderjahr,
- psychotherapeutische ambulante Behandlung bis zu 30 Sitzungen pro Kalenderjahr; darüber hinausgehende Leistungen nach vorheriger schriftlicher Zustimmung des Versicherers,
- Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus,
- Krankenrücktransport in die Bundesrepublik Deutschland oder Überführung im Todesfall an den Heimatort des Versicherten bzw. Bestattung am Sterbeort.

Kosten für zahnärztliche Behandlung fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

B. Selbstbeteiligung

Selbstbeteiligung

Die Selbstbeteiligung beträgt pro Person und Kalenderjahr

in Tarifstufe			
MA2 0	MA2 1	MA2 2	MA2 3
0 EUR	180 EUR	400 EUR	800 EUR

Auf die Selbstbeteiligung angerechnet werden nur die erstattungsfähigen Aufwendungen.

C. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

Erläuterung

Versicherungsfähig sind nur Ärzte sowie ihre Ehegatten und Kinder, die mit ihnen in häuslicher Gemeinschaft leben oder von ihnen wirtschaftlich abhängig sind. Bei Wegfall der Voraussetzungen endet das Versicherungsverhältnis nach Tarif MA zum Ende 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 Heilbehandlung fortzusetzen. § 1 Abs. 6 AVB gilt entsprechend.

D. 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 16. 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.

E. 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.