

Bitte nehmen Sie diese Übersicht zur Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) des Basistarifs zu Ihren Vertragsunterlagen

Der Verband der Privaten Krankenversicherung e.V. hat für den Basistarif Anpassungen der AVB beschlossen. Über diese Änderungen informieren wir Sie hier im Detail.

Die Änderungen betreffen im Wesentlichen die Einführung eines Anspruchs der Versicherten auf Erstattung von Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen und die Regelung zur Erhebung von Mahnkosten. Zudem werden die Erstattungssätze für Zahnersatz an die Höhe der Zuschüsse in § 55 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – SGB V angeglichen.

Die notwendige Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders liegt uns vor. Damit werden die AVB-Änderungen zum 01. Juli 2021 wirksam und Bestandteil Ihres Vertrages.

Die Details der Änderungen finden Sie nachfolgend in der Übersicht. Bitte beachten Sie, dass nur die Textpassagen angegeben wurden, bei denen sich Änderungen ergeben haben. Die Änderungen sind dabei **blau** hervorgehoben.

Synoptische Darstellung der bisherigen und neuen Fassung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für den Basistarif

| Bisherige Fassung | Neue Fassung |
|---|--|
| <p>Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Basistarif</p> <p>Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif (AVB/BT 2009) §§ 1-18</p> <p>A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit</p> <p>...</p> <p>B. Allgemeine Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif (AVB/BT 2009) §§ 1-18</p> <p>Der Versicherungsschutz</p> <p>...</p> <p>§ 4 Umfang der Leistungspflicht</p> <p>...</p> <p>(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 Satz 1 genannten Leistungserbringern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Heilmittel dürfen nur von Therapeuten angewandt werden, die ... zugelassen sind.</p> <p>(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person Anspruch auf Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen nach Maßgabe von Abschnitt D. des Tarifs BT.</p> <p>...</p> <p>Pflichten des Versicherungsnehmers</p> <p>§ 8 Beitragszahlung</p> <p>...</p> <p>(3) Ist der Versicherungsnehmer mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche</p> | <p>Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Basistarif</p> <p>Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif (AVB/BT 2009) §§ 1-18</p> <p>A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit</p> <p>...</p> <p>B. Allgemeine Versicherungsbedingungen 2009 für den Basistarif (AVB/BT 2009) §§ 1-18</p> <p>Der Versicherungsschutz</p> <p>...</p> <p>§ 4 Umfang der Leistungspflicht</p> <p>...</p> <p>(3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 Satz 1 genannten Leistungserbringern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Heilmittel dürfen nur von Therapeuten angewandt werden, die ... zugelassen sind.</p> <p><u>(3a) Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall auch Ersatz von Aufwendungen für die Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen) nach Maßgabe von Abschnitt I. des Tarifs BT. Die digitalen Gesundheitsanwendungen müssen von den in Absatz 2 genannten Leistungserbringern verordnet werden. Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Aufwendungsersatzes die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.</u></p> <p>(4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person Anspruch auf Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen nach Maßgabe von Abschnitt D. des Tarifs BT.</p> <p>...</p> <p>Pflichten des Versicherungsnehmers</p> <p>§ 8 Beitragszahlung</p> <p>...</p> <p>(3) Ist der Versicherungsnehmer mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie <u>Mahnkosten von höchstens</u> 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat,</p> |

| Bisherige Fassung | Neue Fassung |
|--|---|
| <p>Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.</p> <p>...</p> | <p>mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.</p> <p>...</p> |
| <p>Teil II - Tarif BT</p> <p>Leistungen des Versicherers</p> <p>...</p> <p>C. Zahnbehandlung und –ersatz, Kieferorthopädie</p> <p>...</p> <p>2. Zahnersatz einschließlich Kronen und Suprakonstruktionen</p> <p>...</p> <p>(4) Der Aufwendersatz beträgt 50 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Er erhöht sich auf 60 Prozent, wenn der Gebisszustand der versicherten Person regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und sie nachweisen kann, dass sie während der letzten fünf Jahre vor Behandlungsbeginn</p> <p>a) sich vor Vollendung des 18. Lebensjahres zweimal in jedem Kalenderjahr</p> <p>b) sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres einmal in jedem Kalenderjahr</p> <p>hat zahnärztlich untersuchen lassen. Bei ununterbrochener 10-jähriger Inanspruchnahme der jeweils vorgesehenen Untersuchungen erhöht sich der Aufwendersatz um weitere 5 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Bei einer Unterbrechung des Fünf- oder Zehnjahreszeitraums vermindert sich der Aufwendersatz wieder auf 50 Prozent.</p> <p>...</p> <p>I. Zuzahlungen und Selbstbehalte</p> <p>(1) Bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages werden zunächst tariflich vorgesehene Zuzahlungen abgezogen. Auszahlungen erfolgen nach Überschreiten eines vereinbarten Selbstbehalts.</p> <p>(2) Bei der Ermittlung eines Selbstbehalts werden die Aufwendungen dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Leistungserbringer in Anspruch genommen, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen worden sind.</p> <p>(3) Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird ein Selbstbehalt für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat gemindert. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich ein Selbstbehalt nicht.</p> | <p>Teil II - Tarif BT</p> <p>Leistungen des Versicherers</p> <p>...</p> <p>C. Zahnbehandlung und –ersatz, Kieferorthopädie</p> <p>...</p> <p>2. Zahnersatz einschließlich Kronen und Suprakonstruktionen</p> <p>...</p> <p>(4) Der Aufwendersatz beträgt <u>60</u> Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Er erhöht sich auf <u>70</u> Prozent, wenn der Gebisszustand der versicherten Person regelmäßige Zahnpflege erkennen lässt und sie nachweisen kann, dass sie während der letzten fünf Jahre vor Behandlungsbeginn</p> <p>a) sich vor Vollendung des 18. Lebensjahres zweimal in jedem Kalenderjahr</p> <p>b) sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres einmal in jedem Kalenderjahr</p> <p>hat zahnärztlich untersuchen lassen. Bei ununterbrochener 10-jähriger Inanspruchnahme der jeweils vorgesehenen Untersuchungen erhöht sich der Aufwendersatz um weitere 5 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen. Bei einer Unterbrechung des Fünf- oder Zehnjahreszeitraums vermindert sich der Aufwendersatz wieder auf <u>60</u> Prozent.</p> <p>...</p> <p><u>I Digitale Gesundheitsanwendungen</u></p> <p><u>(1) Erstattungsfähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die</u></p> <p><u>a) vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgenommen wurden und</u></p> <p><u>b) nach Verordnung des behandelnden Vertragsarztes oder des behandelnden Psychotherapeuten gemäß § 4 Abs. 2 MB/BT 2009 angewendet werden.</u></p> <p><u>(2) Der Anspruch gemäß Absatz 1 umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software. Nicht umfasst sind Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.</u></p> <p><u>(3) Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, sofern nicht Abzüge für einen vertraglich vereinbarten Selbstbehalt und für eine Zuzahlung vorzunehmen sind, zu 100 Prozent ersetzt, jedoch nicht mehr als der Betrag, der für einen Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.</u></p> <p>J. Zuzahlungen und Selbstbehalte</p> <p>(1) Bei der Ermittlung des Erstattungsbetrages werden zunächst tariflich vorgesehene Zuzahlungen abgezogen. Auszahlungen erfolgen nach Überschreiten eines vereinbarten Selbstbehalts.</p> <p>(2) Bei der Ermittlung eines Selbstbehalts werden die Aufwendungen dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem der Leistungserbringer in Anspruch genommen, die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen worden sind.</p> <p>(3) Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird ein Selbstbehalt für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat gemindert. Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindert sich ein Selbstbehalt nicht.</p> |

| Bisherige Fassung | Neue Fassung |
|---|---|
| <p>(4) In der Tarifstufe BTB entfallen tarifliche Zuzahlungen, soweit diese bei der Bemessung der Beihilfe Berücksichtigung finden.</p> <p>(5) Der Versicherer erfasst kalenderjährlich die bei den Versicherungsleistungen in Abzug gebrachten Zuzahlungen. Weist der Versicherungsnehmer nach, dass die Summe der Abzüge die für ihn geltende Belastungsgrenze gemäß § 62 SGB V (siehe Anhang) übersteigt, leistet der Versicherer entsprechende Nachzahlungen.</p> | <p>(4) In der Tarifstufe BTB entfallen tarifliche Zuzahlungen, soweit diese bei der Bemessung der Beihilfe Berücksichtigung finden.</p> <p>(5) Der Versicherer erfasst kalenderjährlich die bei den Versicherungsleistungen in Abzug gebrachten Zuzahlungen. Weist der Versicherungsnehmer nach, dass die Summe der Abzüge die für ihn geltende Belastungsgrenze gemäß § 62 SGB V (siehe Anhang) übersteigt, leistet der Versicherer entsprechende Nachzahlungen.</p> |