

Krankheitskosten-Tarif MediCompact Plus für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

(Stand: 01.07.2022)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

Inhaltsverzeichnis

A. Ambulante Leistungen

1. Ärztliche Behandlung
2. Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
3. Arznei- und Verbandmittel
4. Heilmittel
5. Hilfsmittel (mit Ausnahme von Hör- und Sehhilfen)
6. Hörhilfen
7. Sehhilfen
8. Operative Sehschärfenkorrektur
9. Digitale Gesundheitsanwendungen
10. Psychotherapie
11. Soziotherapie
12. Heilpraktiker
13. Osteopathie durch spezialisierte Heilpraktiker
14. Hebammen und Entbindungspfleger
15. Kinderwunschbehandlung
16. Kryokonservierung
17. Sozialpädiatrie und Frühförderung
18. Ambulante Kurbehandlung
19. Ambulante Entwöhnungsmaßnahme
20. Häusliche Krankenpflege
21. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

B. Stationäre Leistungen

1. Stationäre Behandlung
2. Rooming-in bei Kindern unter 12 Jahren
3. Ersatz-Krankenhaustagegeld
4. Stationäre Kurbehandlung
5. Stationäre Entwöhnungsmaßnahme
6. Hospizleistung

C. Zahnbehandlung

1. Zahnprophylaxe
2. Zahnbehandlung
3. Zahnersatz
4. Kieferorthopädie
5. Zahnstaffel
6. Gebührenhöhe bei zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen
7. Heil- und Kostenplan

D. Krankentransporte und Krankenfahrten

1. Stationäre Behandlung bei Notfall-Rettungsdienst
2. Ambulante und stationäre Behandlung (nicht Notfall)

E. Familienleistungen

1. Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld
2. Beitragsbefreiung bei Kindernachversicherung

F. Umfang der Leistungspflicht

1. Versicherungsfall
2. Beantragung einer GKV-Zusatzversicherung bei Eintritt der Versicherungspflicht
3. Anschlussheilbehandlung
4. Versicherungsschutz im Ausland

G. Jährliche Selbstbeteiligung

H. Anpassung der Höchstbeträge und der Selbstbeteiligung

I. Beiträge

J. Optionsrecht

K. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

A. Ambulante Leistungen

1. Ärztliche Behandlung **100 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen für die Erst- und Folgebehandlung durch einen Primärarzt.

Als Primärarzt gelten ausschließlich

- Ärzte für Allgemeinmedizin und praktische Ärzte,
- hausärztlich tätige Fachärzte für Innere Medizin,
- Fachärzte für Gynäkologie,
- Fachärzte für Urologie,
- Fachärzte für Augenheilkunde (Augenärzte),
- Fachärzte für Kinderheilkunde,
- Not- oder Bereitschaftsärzte,
- Ärzte (auch Fachärzte), die über einen vom Versicherer zur Verfügung gestellten telefonischen oder digitalen Service kontaktiert werden.

Nicht als Primärärzte gelten alle anderen Fachärzte, insbesondere auch Fachärzte für Innere Medizin, die nicht hausärztlich tätig sind.

Bei Rechnungen von Not- oder Bereitschaftsärzten muss ersichtlich sein, dass die Behandlung im Rahmen eines Not- oder Bereitschaftsdienstes erfolgte.

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für die Folgebehandlung durch einen Arzt, der nicht als Primärarzt gilt, sofern eine Überweisung in Textform durch einen Primärarzt erfolgt ist.

80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für die Behandlung durch einen Arzt, der nicht als Primärarzt gilt und keine Überweisung durch einen Primärarzt erfolgt ist.

Unter den tariflichen Voraussetzungen sind auch solche ärztlichen Leistungen erstattungsfähig, die über einen telefonischen oder digitalen Service erbracht werden (Telemedizin).

Die Gebühren für ambulante ärztliche Behandlung sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

2. Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen **100 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen für Schutzimpfungen (ausgenommen solche aus Anlass von Auslandsreisen) und ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur gezielten Erkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne die dort genannten Altersbegrenzungen.

Erstattet werden zudem Vorsorgeuntersuchungen zur gezielten Erkennung von Krankheiten, die über die gesetzlichen Programme hinausgehen.

Bei Vorsorgeuntersuchungen gilt das Primärarzt-Prinzip (Abschnitt A.1) nicht.

3. Arznei- und Verbandmittel **100 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen für

- ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel,
- Harn- und Blutteststreifen sowie
- enterale und parenterale Ernährung, sofern eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

4. Heilmittel **80 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen für Heilmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt **1.000 Euro** je Versicherungsjahr. Für darüber hinausgehende Aufwendungen beträgt der Erstattungssatz **100 %**.

Heilmittel sind erstattungsfähig, soweit sie im Leistungsverzeichnis für Heilmittel der Bundesbehilfverordnung (BBhV) aufgeführt sind. Die Aufwendungen werden im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge erstattet.

Darüber hinaus sind bei einer Schwangerschaft der versicherten Person Aufwendungen für Ge-

burtsvorbereitungskurse und Schwangerschaftsgymnastik sowie nach der Entbindung Aufwendungen für Rückbildungsgymnastik auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht von einer Hebamme oder einem Entbindungspfleger durchgeführt werden. Erstattungsfähig sind Gebühren maximal bis zu der Höhe, wie sie eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger berechnen könnte.

5. Hilfsmittel (mit Ausnahme von Hör- und Sehhilfen)

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete Hilfsmittel bis zu einem Rechnungsbetrag von jeweils **1.000 Euro** je Hilfsmittel.

Übersteigen die Aufwendungen für ein Hilfsmittel voraussichtlich einen Rechnungsbetrag von **1.000 Euro**, ist der Versicherer mit der Beschaffung zu beauftragen. Dies gilt auch dann, wenn zu erwarten ist, dass bei mehrfach zu beziehenden Hilfsmitteln gleicher Art ein Rechnungsbetrag von **1.000 Euro** überschritten wird. Der Versicherer verpflichtet sich in diesem Fall, das Hilfsmittel entweder unverzüglich in medizinisch notwendiger Ausführung zur Verfügung zu stellen oder aber, sofern dies nicht möglich ist, dem Versicherungsnehmer mitzuteilen, dass er sich das Hilfsmittel selbst beschaffen kann.

80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, wenn ein Hilfsmittel oder der mehrfache Bezug eines Hilfsmittels gleicher Art voraussichtlich einen Rechnungsbetrag von **1.000 Euro** übersteigt und die versicherte Person den Versicherer nicht mit dessen Beschaffung beauftragt hat. Das gilt nicht, wenn die versicherte Person das Hilfsmittel im Rahmen einer Unfall- oder Notfallerversorgung bezieht. In diesem Fall ist das jeweilige Hilfsmittel zu **100 %** erstattungsfähig.

Aufwendungen für Hilfsmittel sind erstattungsfähig, wenn sie aus medizinischer Sicht notwendig sind, um

- den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern,
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen,
- eine beeinträchtigte Körperfunktion auszugleichen oder zu unterstützen oder
- das Leben zu erhalten.

Als Hilfsmittel zählen u. a. auch Körperersatzstücke, ausgebildete Blindenführhunde, Blindenlesegeräte sowie Blutzuckermessgeräte mit Sensortechnik, inklusive dem notwendigen Austausch der Sensoren.

Der Bezug von Hilfsmitteln ist dabei nicht auf die in § 4 Abs. 3.3 und Abs. 3.4 AVB aufgezählten Hilfsmittel beschränkt.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch.

Keine Leistungspflicht besteht für

- Produkte, die als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens einer gesunden Person anzusehen sind,
- Geräte, die dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind,
- Unterhalts- und Betriebskosten von Hilfsmitteln (z. B. Stromkosten und Batterien),
- Fieberthermometer, Pulsmessgeräte, Wärmelampen, Heiz- und Kältekissen,
- Hilfsmittel, die ausschließlich zur Verbesserung des Wohnumfelds dienen (wie z. B. Treppenlift).

6. Hörhilfen

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Hörgeräte bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.500 Euro** je Ohr und Hörgerät.

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Hörgeräte, die vollständig oder teilweise implantiert werden (z. B. BAHA- und Cochlea-Implantat-Versorgungen), sofern der Hörverlust nur durch solche Hörgeräte ausgeglichen werden kann.

7. Sehhilfen

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengestell, Brillengläser, Kontaktlinsen) bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt **300 Euro** innerhalb von drei Versicherungsjahren.

Der Versicherer verzichtet dabei abweichend von § 4 Abs. 3 AVB auf eine ärztliche Verordnung, sofern vor Bezug der Sehhilfe eine Refraktionsbestimmung durch einen Optiker erfolgt ist.

8. Operative Sehschärfenkorrektur

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für refraktive chirurgische Leistungen (z. B. LASIK, LASEK oder Linsenimplantate) zur Korrektur einer Fehlsichtigkeit.

Die Erstattung ist je Auge begrenzt auf einen Rechnungsbetrag von insgesamt **250 Euro** in den

ersten drei Versicherungsjahren.

Ab dem vierten Versicherungsjahr ist die Erstattung je operativen Eingriff und Auge begrenzt auf **1.500 Euro**.

9. Digitale Gesundheitsanwendungen

100 % der erstattungsfähigen 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), sofern diese im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgeführt sind.

80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für andere als die zuvor genannten digitalen Gesundheitsanwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.000 Euro** je Versicherungsjahr, sofern der Versicherer die vorherige Zusage in Textform erteilt.

Die digitale Gesundheitsanwendung muss von einem in § 4 Abs. 2 und Abs. 2.2 AVB genannten Leistungserbringer verordnet worden sein.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden je Verordnung für maximal 12 Monate erstattet, danach ist eine neue Verordnung erforderlich. Ist eine digitale Gesundheitsanwendung im Verzeichnis nach § 139e SGB V enthalten, wird maximal der dort genannte Betrag für die dort genannte Anwendungsdauer erstattet.

Der Anspruch 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.

10. Psychotherapie

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für psychotherapeutische ambulante Behandlung bis zu 30 Sitzungen je Versicherungsjahr.

80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für psychotherapeutische ambulante Behandlung ab der 31. bis zur 50. Sitzung je Versicherungsjahr.

70 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für psychotherapeutische ambulante Behandlung ab der 51. Sitzung je Versicherungsjahr.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen durch ärztliche Psychotherapeuten, psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP).

Bei ambulanter Psychotherapie gilt das Primärarzt-Prinzip (Abschnitt A.1) nicht.

11. Soziotherapie

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Soziotherapie, wenn die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankung nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen und wenn durch die Soziotherapie eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist.

Voraussetzung ist, dass dem Versicherer vor Therapiebeginn ein ärztlicher Behandlungsplan vorgelegt wird und der Versicherer eine Zusage in Textform erteilt. Der Versicherer wird die Zusage erteilen, wenn die Behandlung medizinisch notwendig ist.

Der Anspruch besteht je Versicherungsfall für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Versicherungsjahren.

Die Behandlung kann von einer Fachkraft für Soziotherapie (z. B. Sozialarbeiter) durchgeführt werden. In diesem Rahmen ist maximal der Betrag erstattungsfähig, der für die Versorgung einer versicherten Person der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

12. Heilpraktiker	80 %	<p>der Aufwendungen für Heilbehandlungen durch Heilpraktiker einschließlich der verordneten Arzneimittel im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 Euro je Versicherungsjahr.</p> <p>Psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker sind nicht erstattungsfähig.</p>
13. Osteopathie durch spezialisierte Heilpraktiker	80 %	<p>der erstattungsfähigen Aufwendungen für osteopathische Behandlung durch spezialisierte Heilpraktiker.</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von insgesamt 1.000 Euro je Versicherungsjahr.</p> <p>Voraussetzung ist, dass der behandelnde Heilpraktiker Mitglied eines Berufsverbands der Osteopathen in Deutschland ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Osteopathieverband in Deutschland berechtigt.</p>
14. Hebammen und Entbindungspfleger	100 %	<p>der erstattungsfähigen Aufwendungen für Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger bei Schwangerschaft (Vor- und Nachsorge) und Entbindung.</p> <p>Darüber hinaus sind bei einer Schwangerschaft der versicherten Person Aufwendungen für Geburtsvorbereitungskurse und Schwangerschaftsgymnastik sowie nach der Entbindung Aufwendungen für Rückbildungsgymnastik erstattungsfähig.</p> <p>Die Gebühren sind innerhalb der Gebührenrahmen der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenverordnungen für Hebammen erstattungsfähig.</p> <p>Für die Entbindung kann die versicherte Person auch ein Geburtshaus ihrer Wahl in Deutschland in Anspruch nehmen. Erstattungsfähig sind die von einem Geburtshaus in Rechnung gestellten Aufwendungen.</p>
15. Kinderwunschbehandlung	80 %	<p>der erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendige Maßnahmen zur Erlangung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung) nach in Deutschland gesetzlich zugelassenen Behandlungsmethoden, sofern ein Therapie- und Kostenplan vor Behandlungsbeginn vorgelegt wird und der Versicherer die vorherige Zusage in Textform erteilt.</p> <p>Der Versicherer wird die Zusage erteilen, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> - eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person besteht, die allein mittels künstlicher Befruchtung oder Insemination überwunden werden kann, - die Behandlung bei verheirateten oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren erfolgt, - ausschließlich Ei- und Samenzellen des Paares verwendet werden (homologe Befruchtung) und - eine hinreichende Erfolgsaussicht von mindestens 15 % besteht. <p>Übersteigen die Aufwendungen je Versicherungsjahr einen Rechnungsbetrag in Höhe von 5.000 Euro, werden sämtliche darüberhinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen zu 100 % erstattet.</p> <p>Die Aufwendungen für die Kinderwunschbehandlung sind in den ersten drei Versicherungsjahren insgesamt auf einen Rechnungsbetrag in Höhe von 1.000 Euro begrenzt.</p> <p>Besteht für die Kinderwunschbehandlung ein Anspruch bei einem anderen Kostenträger, so ist der Versicherer nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Kostenträgers verbleiben.</p>
16. Kryokonservierung	100 %	<p>der erstattungsfähigen Aufwendungen für Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen einschließlich der dazugehörigen medizinischen Maßnahmen, wenn sich die versicherte Person aufgrund einer Erkrankung einer keimzellenschädigenden Therapie unterziehen muss.</p>
17. Sozialpädiatrie und Frühförderung	100 %	<p>der erstattungsfähigen Aufwendungen für Sozialpädiatrie und Frühförderung in sozialpädiatrischen Zentren bis zur Höhe der mit den gesetzlichen Kostenträgern vereinbarten Preise, soweit kein Anspruch gegen andere Kostenträger besteht.</p>

- 18. Ambulante Kurbehandlung** **100 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Kurbehandlung. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die ärztliche Behandlung sowie ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel.
- 19. Ambulante Entwöhnungsmaßnahme** **100 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen für Entwöhnungsmaßnahmen, soweit der Versicherer hierfür eine vorherige Zusage in Textform erteilt hat.
- Der Versicherer wird die Zusage erteilen, sofern die Entwöhnungsmaßnahme
- medizinisch notwendig ist,
 - kein anderer Kostenträger (z. B. gesetzlicher Rehabilitationsträger) leistungspflichtig ist und
 - die Maßnahme nicht die Entwöhnung von einer Nikotinabhängigkeit zum Ziel hat.
- Die Leistungen sind innerhalb von 10 Jahren auf maximal drei Entwöhnungsmaßnahmen begrenzt, unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär erfolgen.
- 20. Häusliche Krankenpflege** **100 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztlich verordnete medizinische Einzelleistungen bei häuslicher Behandlungspflege.
- Als häusliche Behandlungspflege gelten ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegehilfskräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z. B. Injektionen, Verbände, Blutdruckmessungen).
- Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, wenn durch die häusliche Behandlungspflege die ärztliche Behandlung gesichert (Sicherungspflege) oder eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege).
- 100 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Rahmen einer Krankenhausvermeidungspflege für bis zu vier Wochen je Versicherungsfall, wenn kein anderer Kostenträger (z. B. eine private Pflegepflicht- oder Pflegeergänzungsversicherung) leistungspflichtig ist.
- Aufwendungen für häusliche Krankenpflege sind erstattungsfähig, sofern sie von einem Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) erbracht werden, der über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen verfügt und die Leistungen entsprechend der zugehörigen Vergütungsvereinbarung berechnet.
- 21. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung** **100 %** der gegebenenfalls nach Vorleistung eines anderen Kostenträgers verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für spezialisierte ambulante ärztliche Palliativversorgung entsprechend den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.
- Als häusliche Umgebung gelten auch stationäre Pflegeeinrichtungen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person unter einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet und in Folge einer begrenzten Lebenserwartung eine besonders aufwendige Versorgung benötigt.
- Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu der Höhe, die für die Versorgung einer versicherten Person der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.
- Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind erstattungsfähig, sofern sie von einem Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) erbracht werden, der über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen verfügt und die Leistungen entsprechend der zugehörigen Vergütungsvereinbarung berechnet.

B. Stationäre Leistungen

- 1. Stationäre Behandlung** **100 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen für
- allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. Bundespflegesatzverordnung (BPFIV),
 - gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen (Belegarzt, Wahlarzt),

- gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung im Zweibettzimmer. Bei gesondert berechenbarer Unterbringung im Einbett- oder Familienzimmer sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, die bei gesondert berechenbarer Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären.

Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen in deutschen Krankenhäusern, die nicht nach KHEntG oder BpflV abrechnen (Privatkliniken), sind maximal bis zum **1,5-fachen** der Kosten erstattungsfähig, die nach KHEntG oder BpflV berechnet werden können.

Die Gebühren für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen (Belegarzt, Wahlarzt) sind auch über die Höchstsätze der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig, sofern eine rechtsgültige Honorarvereinbarung abgeschlossen wurde.

- 2. Rooming-in bei Kindern unter 12 Jahren** **100 %** der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung einer erwachsenen Begleitperson, sofern das versicherte Kind bei Beginn der medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- 3. Ersatz-Krankenhaustagegeld** Werden bei einem medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalt keine gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen in Anspruch genommen, wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld in Höhe von **40 Euro** gezahlt.
- Wird bei einem medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalt keine gesondert berechenbare Unterbringung in Anspruch genommen, wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld in Höhe von **20 Euro** für jeden Tag gezahlt, an dem die gesondert berechenbare Unterbringung nicht in Anspruch genommen wurde. Dies gilt jedoch nicht bei Unterbringung auf einer Intensiv- oder Säuglingsstation. Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammengerechnet und gelten als ein Tag.
- 4. Stationäre Kurbehandlung** **100 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Kur oder Sanatoriumsbehandlung. Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die ärztliche Behandlung sowie ärztlich verordnete Arznei-, Verband- und Heilmittel.
- Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Unterbringung, Verpflegung und Kurtaxe.
- 5. Stationäre Entwöhnungsmaßnahme** **100 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen für Entwöhnungsmaßnahmen, soweit der Versicherer hierfür eine vorherige Zusage in Textform erteilt hat.
- Der Versicherer wird die Zusage erteilen, sofern die Entwöhnungsmaßnahme
- medizinisch notwendig ist,
 - kein anderer Kostenträger (z. B. gesetzlicher Rehabilitationsträger) leistungspflichtig ist und
 - die Maßnahme nicht die Entwöhnung von einer Nikotinabhängigkeit zum Ziel hat.
- Die Leistungen sind innerhalb von 10 Jahren auf maximal drei Entwöhnungsmaßnahmen begrenzt, unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär erfolgen.
- Die Entgiftung und der qualifizierte Entzug gelten nicht als Entwöhnungsmaßnahmen, sondern sind als akutstationäre Maßnahmen erstattungsfähig.
- 6. Hospizleistung** **100 %** der nach Vorleistung der Pflegeversicherung verbleibenden Aufwendungen für eine Versorgung in einem Hospiz.
- Die versicherte Person hat freie Wahl unter den Hospizen, in denen palliativmedizinische Behandlung erbracht wird und die über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung verfügen und die Leistungen entsprechend der zugehörigen Vergütungsvereinbarung berechnen.
- Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu der Höhe, die für die Versorgung einer versicherten Person der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wären.

C. Zahnärztliche Leistungen

- 1. Zahnprophylaxe** **100 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztlich prophylaktische Leistungen. Als Zahnprophylaxe gelten

- Versiegelung (Fissurenversiegelung),
- Fluoridierung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Kariesrisikodiagnostik,
- professionelle Zahnreinigung. Die Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung sind bis zu einem Rechnungsbetrag von **250 Euro** je Versicherungsjahr erstattungsfähig.

**2.
Zahnbehandlung**

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung. Als Zahnbehandlung gelten

- allgemeine zahnärztliche Leistungen,
- konservierende Leistungen, insbesondere Kunststoff- und Kompositfüllungen und Wurzelbehandlungen. Ausnahme: Fissurenversiegelung (werden der Zahnprophylaxe zugeordnet) sowie Inlays und Kronen (werden dem Zahnersatz zugeordnet),
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- chirurgische Leistungen (außer im Zusammenhang mit implantologischen Leistungen),

sowie hierzu notwendige Bildaufnahmen, Anästhesieleistungen und zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

**3.
Zahnersatz**

80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten

- Einlagefüllungen (Inlays), Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays,
- Kunststoff- und Keramikverblendungen für alle Zähne (d. h. bis einschließlich Zahn 8),
- Keramikverblendschalen (Veneers),
- prothetische Leistungen (insbesondere Brücken, Stützabutments, Voll- oder Teilprothesen sowie deren Reparatur),
- Aufbissbehelfe und Schienen, sofern diese nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung notwendig sind,
- implantologische Leistungen (inklusive augmentative Leistungen, Suprakonstruktionen und zugehörige chirurgische Leistungen),
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,

sowie hierzu notwendige Bildaufnahmen, Anästhesieleistungen und zahntechnische Leistungen.

Kosten für einen Heil- und Kostenplan im Zusammenhang mit einer der vorstehenden Maßnahmen (inklusive Vor- und Nachbehandlungen) werden wie Zahnersatz erstattet.

Wird kalenderjährlich nicht mindestens eine zahnärztliche Untersuchung nachgewiesen, verringert sich der Erstattungssatz für Zahnersatz ab dem 01.01. des folgenden Versicherungsjahres jeweils um jährlich 5 %-Punkte bis minimal auf **70 %**.

Der Erstattungssatz erhöht sich wieder ab dem folgenden 01.01. jeweils um jährlich 5 %-Punkte bis maximal **80 %**, wenn kalenderjährlich eine zahnärztliche Untersuchung nachgewiesen wird.

**4.
Kieferorthopädie**

80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlung für Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr bei Behandlungsbeginn noch nicht vollendet haben.

80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlung infolge eines Unfalls, der nach Versicherungsbeginn eingetreten ist. Die Leistung wird auch dann erbracht, wenn die versicherte Person bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr bereits vollendet hat.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch einen plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als kieferorthopädische Behandlung gelten z. B. Aufwendungen für

- Brackets (z. B. Mini-, Kunststoff-, Keramikbrackets)
- Bögen,
- unsichtbare Zahnschienen (z. B. Invisalign),
- Aufbissbehelfe und Schienen, sofern diese im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung notwendig sind

sowie hierzu notwendige Bildaufnahmen, Anästhesieleistungen und zahntechnische Leistungen.

Kosten für einen Heil- und Kostenplan im Zusammenhang mit einer der vorstehenden Maßnahmen (inklusive Vor- und Nachbehandlungen) werden wie Kieferorthopädie erstattet.

5. Zahnstaffel

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie sind begrenzt auf einen Rechnungsbetrag von insgesamt:

- 1.500 Euro** im ersten Versicherungsjahr,
- 3.000 Euro** in den ersten beiden Versicherungsjahren,
- 4.500 Euro** in den ersten drei Versicherungsjahren,
- 6.000 Euro** in den ersten vier Versicherungsjahren.

Bei Behandlungen, die aufgrund eines nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls notwendig sind, finden die oben genannten Begrenzungen keine Anwendung.

Die Zahnstaffel gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MediCompact Plus ab dem fünften Versicherungsjahr.

6. Gebührenhöhe bei zahnärztlichen und zahntechnischen Leistungen

Die Gebühren für zahnärztliche Behandlung sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig.

Zahntechnische Leistungen sind nach den Bestimmungen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig.

7. Heil- und Kostenplan

Es wird empfohlen, vor Inanspruchnahme von Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie einen Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Heil- und Kostenplan sollte auch spezifizierte Kosten für zahntechnische Leistungen enthalten. Der Versicherer teilt dann die Höhe der zu erwartenden Leistungen mit.

D. Krankentransporte und Krankenfahrten

1. Stationäre Behandlung bei Notfall-Rettungsdienst

100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Krankentransporte (z. B. Rettungswagen (RTW) oder Hubschrauber) zur stationären Behandlung bei Notfall zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

Innerhalb einer Entfernung von 100 km gilt jedes Krankenhaus als nächstgelegenes.

Die Aufwendungen sind auch erstattungsfähig, wenn nach Erstversorgung im Krankenhaus keine stationäre Aufnahme erfolgt.

2. Ambulante und stationäre Behandlung (nicht Notfall)

Aufwendungen für Krankentransporte im RTW und Krankenfahrten (Taxi, öffentliche Verkehrsmittel und privater PKW) zu und von der ambulanten oder stationären Heilbehandlung sind erstattungsfähig, wenn diese wegen

- Dialysebehandlung,
- Strahlen- oder Chemotherapie,
- ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit oder
- ärztlich bescheinigter vorübergehender Teilnahmeunfähigkeit am Straßenverkehr

der versicherten Person notwendig sind.

a. Dialyse, Strahlen- oder Chemotherapie

100 % der Aufwendungen für Krankenfahrten (Taxi, öffentliche Verkehrsmittel und privater PKW) der versicherten Person zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus oder Arzt zur Dialyse sowie Strahlen- oder Chemotherapie.

Innerhalb einer Entfernung von 100 km gilt jedes Krankenhaus und jeder Arzt als nächstgelegenes.

Für Fahrten mit dem privaten PKW werden **0,35 Euro** je gefahrenen Kilometer zugrunde gelegt.

Ist aus medizinischen Gründen während der Fahrt eine medizinische Betreuung notwendig, sind auch die Aufwendungen für Krankentransporte im RTW erstattungsfähig.

b. Sonstige Behandlungen

80 % der Aufwendungen für Krankentransporte im RTW oder Krankenfahrten (Taxi, öffentliche Verkehrsmittel und privater PKW) der versicherten Person zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, Arzt oder Physiotherapeuten.

Innerhalb einer Entfernung von 100 km gilt jedes Krankenhaus und jeder Arzt als nächstgelegenes.

Für Fahrten mit dem privaten PKW werden **0,35 Euro** je gefahrenen Kilometer zugrunde gelegt.

Die Aufwendungen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von **500 Euro** pro Versicherungsjahr erstattungsfähig.

E. Familienleistungen

1. Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld

Bei Bezug von Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG) besteht ein Anspruch auf Beitragsbefreiung von bis zu sechs Monatsbeiträgen für diejenige versicherte Person, die Elterngeld bezieht.

Es erfolgt eine monatlich rückwirkende Erstattung, welche mit dem Monat beginnt, in dem erstmalig Elterngeld bezogen wird. Sie umfasst den auf die jeweilige versicherte Person anfallenden Monatsbeitrag des Tarifs MediCompact Plus einschließlich des gesetzlichen Zuschlags sowie etwaiger vereinbarter Risikozuschläge.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung besteht unter folgenden Voraussetzungen:

- Für die versicherte Person besteht seit mindestens acht Monaten vor der Geburt des Kindes, für das Elterngeld bezogen wird, bis zum Beginn der Beitragsbefreiung ununterbrochen Versicherungsschutz im Tarif MediCompact Plus.
- Die Beitragsbefreiung wird mit Einreichen des Elterngeldbescheides spätestens sechs Monate nach dessen Ausstellung beim Versicherer beantragt. Nachträgliche Änderungen zum Elterngeldbezug müssen dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.
- Seit Beginn der Elternzeit bis zur jeweiligen Beitragserstattung besteht für den Vertrag kein Zahlungsverzug.

Mehrlingsgeburten gelten als eine Geburt. Die Adoption eines minderjährigen Kindes steht einer Geburt gleich.

2. Beitragsbefreiung bei Kindernachversicherung

Im Rahmen einer Kindernachversicherung (vgl. § 2 Abs. 2 AVB) besteht innerhalb der ersten sechs Monate folgende Regelung:

- Es besteht Beitragsfreiheit für den Geburtsmonat (vgl. § 8 Abs. 1.2 AVB).
- Für die verbleibenden Monate besteht ein Anspruch auf Beitragsbefreiung. Es erfolgt eine monatlich rückwirkende Erstattung, welche mit dem Monat beginnt, der auf den Geburtsmonat folgt. Sie umfasst den für das Neugeborene anfallenden Monatsbeitrag des Tarifs MediCompact Plus sowie bei Adoption neben dem anfallenden Monatsbeitrag des Tarifs MediCompact Plus auch den etwaigen vereinbarten Risikozuschlag. Voraussetzung ist, dass seit dem Zeitpunkt der Kindernachversicherung bis zur jeweiligen Beitragserstattung für den Vertrag kein Zahlungsverzug besteht.

F. Umfang der Leistungspflicht

1. Versicherungsfall

Als Versicherungsfall gilt auch der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch und die Fehlgeburt.

2. Beantragung einer GKV-Zusatzversicherung bei Eintritt der Versicherungspflicht

Abweichend von § 13 Abs. 3.1 AVB muss die Beantragung einer GKV-Zusatzversicherung nicht gleichzeitig mit der Kündigung erfolgen. Stattdessen gilt, dass die Beantragung spätestens innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der GKV-Versicherungspflicht zu erfolgen hat und sich - ggf. rückwirkend - unmittelbar an das Ende des Tarifs MediCompact Plus anschließt.

3. Anschlussheilbehandlung

Abweichend von § 4 Abs. 5.2 AVB gilt, dass eine Anschlussheilbehandlung (AHB) erstattungsfähig ist, wenn sie sich spätestens 28 Tage nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung anschließt. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht möglich ist (z. B. nach stationärer Strahlentherapie), ist auch ein späterer Beginn der AHB möglich.

Eine Begrenzung auf die in § 4 Abs. 5.2 AVB genannten Krankheitsbilder besteht nicht, d. h. bei medizinischer Notwendigkeit ist auch bei weiteren Krankheitsbildern eine ambulante bzw. stationäre AHB erstattungsfähig.

4. Versicherungsschutz im Ausland

1) Ergänzend zu § 1 Abs. 4 und Abs. 4.1 AVB gilt:

- a) Bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung im Ausland besteht keine Begrenzung auf die Gebührenhöhe, die bei Behandlung in Deutschland angefallen wäre. Es werden stattdessen Kosten bis zu der Höhe anerkannt, wie sie am ausländischen Behandlungsort üblicherweise berechnet werden können.
- b) Abweichend von Buchstabe a) gilt bei gezielter Heilbehandlung außerhalb der EU bzw. des EWR: Es besteht eine Begrenzung auf die Gebührenhöhe, die bei Behandlung in Deutschland angefallen wäre, es sei denn, der Versicherer hat vor Beginn der Behandlung diese Begrenzung in Textform aufgehoben und eine Erstattung der Kosten bis zu der Höhe zugesagt, wie sie am ausländischen Behandlungsort üblicherweise berechnet werden können. Der Versicherer wird die vorherige Zusage erteilen, sofern die Behandlung aus medizinischen Gründen weder innerhalb Deutschlands noch eines anderen Landes innerhalb der EU bzw. innerhalb des EWR möglich ist.

Eine gezielte Heilbehandlung liegt vor, sofern die Heilbehandlung im Ausland der alleinige oder einer der Gründe der Reise ins Ausland ist. Eine gezielte Entbindung im Ausland steht der gezielten Heilbehandlung gleich.

- c) Kann bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland die Rückreise aus Gründen, die die versicherte Person nicht zu vertreten hat (z. B. Flugausfälle wegen einer Pandemie) nicht rechtzeitig bis zum Ende des sechsten Monats des Auslandsaufenthalts erfolgen, so besteht so lange Versicherungsschutz, bis die versicherte Person die Rückreise antreten kann.

2) Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in die Schweiz, setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Der Versicherer beruft sich nicht auf die Begrenzung, wenn vor der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird. Der Versicherer wird im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Das Versicherungsverhältnis kann alternativ auch in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt werden.

Die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes ist dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten durch Vorlage eines geeigneten Nachweises (z. B. amtliche Meldebescheinigung) anzuzeigen.

Ist weder die Fortführung noch eine Umwandlung gewünscht, endet das Versicherungsverhältnis mit dem Tag der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes. Wird der Nachweis nicht innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltsortes erbracht, endet das Versicherungsverhältnis nachträglich mit dem Tag, an dem der Nachweis dem Versicherer zugeht.

G. Jährliche Selbstbeteiligung

Selbstbeteiligung

Die Selbstbeteiligung für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung beträgt pro Person und Versicherungsjahr insgesamt

in Tarifstufe

MediCompact Plus 240
240 Euro

MediCompact Plus 480
480 Euro

Für versicherte Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (Kinder und Jugendliche), beträgt die jährliche Selbstbeteiligung 0 Euro (Tarifstufe MediCompact Plus 240) oder 240 Euro (Tarifstufe MediCompact Plus 480).

Bei Versicherung eines Neugeborenen hat der Versicherungsnehmer im Rahmen der Kindernachversicherung (vgl. § 2 Abs. 2 AVB) die Wahl zwischen den abschließbaren Tarifstufen mit der für Kinder und Jugendlichen geltenden Selbstbeteiligung des Tarifs MediCompact Plus.

Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen (Abschnitt A.2), Zahnprophylaxe-Maßnahmen (Abschnitt C.1) sowie die Leistung bei Bezug von Elterngeld und bei Kindernachversicherung (Abschnitt E.) werden ohne Anrechnung einer jährlichen Selbstbeteiligung erstattet.

H. Anpassung der Höchstbeträge und der Selbstbeteiligung

Leistungsanpassung Bei einer Beitragsanpassung gemäß § 8b Abs. 1 AVB überprüft der Versicherer auch tariflich festgelegte Höchstbeträge und passt sie, falls erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders der Kostenentwicklung an. Dies gilt auch für eine vereinbarte Selbstbeteiligung (vgl. § 8b Abs. 1 AVB).

I. Beiträge

- Beitragsberechnung**
1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) der versicherten Person maßgebend.
 2. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
 3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.
 4. In Ergänzung zu § 8b Abs. 2 AVB gilt: Von einer Beitragsanpassung wird abgesehen, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder als vorübergehend anzusehen ist.

J. Optionsrecht

Optionsausübung Der Versicherungsnehmer kann für jede erstmalig in einer Krankheitskostenvollversicherung der Gothaer Krankenversicherung AG versicherte Person die Umstellung von Tarif MediCompact Plus in den Tarif MediCompact Premium ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten verlangen.

Will der Versicherungsnehmer von seinem Optionsrecht Gebrauch machen, kann eine Umstellung jeweils nach Ablauf von 12, 24 oder 36 Monaten seit Vertragsbeginn erfolgen, sofern der Antrag innerhalb von zwei Monaten vor Ablauf der genannten Vertragslaufzeit gestellt wird.

Besondere vertragliche Vereinbarungen gelten auch nach einer Umstellung weiter. Bestehende Risikozuschläge werden entsprechend des Beitrages des neuen Tarifs umgerechnet.

Die Umstellung in den Tarif MediCompact Premium wird im unmittelbaren Anschluss an die Beendigung des Tarifs MediCompact Plus wirksam.

K. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Rückerstattung bei Leistungsfreiheit Als Form der Verwendung kann die Beitragsrückerstattung für leistungsfrei gebliebene versicherte Personen 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) Versicherungsschutz nach Tarif MediCompact Plus während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden hat und für das abgelaufene Kalenderjahr keine ambulanten Versicherungsleistungen (vgl. Abschnitt A.), keine zahnärztlichen Versicherungsleistungen (vgl. Abschnitt C.) und keine Familienleistungen (vgl. Abschnitt E.) 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.

Wenn die Versicherung nach Tarif MediCompact Plus aufgrund unterjährigen Versicherungsbeginns nicht während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden hat, ist maßgeblich, dass für das gesamte abgelaufene Kalenderjahr aus Tarif MediCompact Plus keine ambulanten Versicherungsleistungen (vgl. Abschnitt A.), keine zahnärztlichen Versicherungsleistungen (vgl. Abschnitt C.) und keine Familienleistungen (vgl. Abschnitt E.) in Anspruch genommen wurden. Darüber hinaus darf auch für das abgelaufene Kalenderjahr aus keiner anderen Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer eine Versicherungsleistung für ambulante oder zahnärztliche Behandlung erbracht worden sein.

- 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.

Für das Kalenderjahr des erstmaligen Versicherungsbeginns einer Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer wird die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit für jeden Kalendermonat, in dem die Versicherung nach Tarif MediCompact Plus bestanden hat, zu 1/12 gezahlt.

Die Beitragsrückerstattung wird im 3. Quartal des folgenden Geschäftsjahres ausgezahlt.

Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen (Abschnitt A.2) sowie Zahnprophylaxe-Maßnahmen (Abschnitt C.1) werden bei der Feststellung der Leistungsfreiheit nicht berücksichtigt.