

## **Deutsche Ambulantversicherung**

### **Tarif Sehhilfen und Hilfsmittel**

#### **Ergänzungsversicherung für GKV-Versicherte**

#### **Tarif 173**

**Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB/KK 2013)**

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) des Verbandes der Privaten Krankenversicherung

**Teil II *Allgemeine Tarifbedingungen des Münchener Verein***

## A. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

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

## B. Inhalt und Leistungen

### 1. Erstattungsfähig sind die Kosten für

#### a) 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.

### 2. Erstattet werden die Kosten für

- **Sehhilfen** zu 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen **bis zu 400 Euro** innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren;
- **refraktive Chirurgie** zu 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen und **bis zu 800 Euro je Auge**; ein erneuter Anspruch entsteht fünf Jahre nach einer Augen-Operation; erstattungsfähig sind die ärztlichen Leistungen, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze<sup>1</sup> nicht überschreiten;
- **Hilfsmittel** nach Vorleistung der GKV zu 100 % 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 Höchsterstattungsbetrag.

Der Höchsterstattungsbetrag 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 Höchsterstattungsbetrag nicht.

Von der GKV erbrachte Leistungen werden angerechnet.

### 3. **Nicht erstattungsfähig** sind Aufwendungen für gesetzliche Zuzahlungen und für mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte.

## C. Wartezeit

Abweichend von § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2013 (AVB/KK 2013) entfällt die Wartezeit.

## D. Leistungsnachweise

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

## E. Leistungsanpassung

Mit Zustimmung des Treuhänders können im Rahmen einer Beitragsanpassung auch die betragsmäßig festgelegten Höchsterstattungsbeträge erhöht werden.

<sup>1</sup> **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.