

Besondere Bedingungen für die Unfallheilbehandlungskosten (BB UHB 2020)

Ziffer 2 AUB 2008 wird wie folgt erweitert:

Voraussetzung für eine Leistung aus den BB UHB 2020 ist eine bestehende gesetzliche oder private Krankenvollversicherung oder eine entsprechend den gesetzlichen Vorgaben anderweitige Krankenversicherung.

Versichert sind die medizinisch notwendigen unfallbedingten Heilbehandlungskosten einschließlich Medikamenten und Heilmittel bis zur vereinbarten Versicherungssumme pro Kalenderjahr, soweit diese im Rahmen der gültigen Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ) oder einem damit vergleichbaren System durch approbierte Ärzte oder Krankenhäuser berechnet werden und von der bestehenden gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung bzw. Zusatzversicherung aufgrund nicht erreichter oder überschrittener tariflicher Jahresselbstbeteiligung nicht erstattet werden. Der Versicherer kann die Leistungen kürzen, wenn die Heilbehandlungen das medizinisch notwendige oder ortsübliche Maß übersteigen. Endet das Vertragsverhältnis, so werden nur die bis zu diesem Zeitpunkt entstandenen Kosten erstattet.

Leistungsvoraussetzung ist das Einreichen der jeweiligen Original-Rechnung mit dem Erstattungsvermerk der GKV oder PKV oder der anderweitigen Kranken- oder Zusatzversicherung über die Höhe der Erstattung oder deren Ablehnung. Bei Ablehnung ist die jeweilige Begründung der Ablehnungsentcheidung einzureichen. Die jeweiligen Rechnungen müssen die Daten der versicherten Personen, die Behandlungs- und Rechnungsdaten und die spezifizierten GOÄ/GOZ Ziffern bzw. die Details zu Art und Inhalt der Behandlung enthalten. Aus Rezepten müssen die verordneten Heil- oder Hilfsmittel und deren Kosten hervorgehen. Ist im Rahmen der Krankenversicherung nur eine prozentuale oder absolute Teilerstattung der Kosten vereinbart, so wird diese Regelung auch für die vorliegenden Deckung angewendet. Die zu erstattenden Heilbehandlungskosten entsprechen dann dem Teil, der auch im Rahmen der Krankenversicherung erstatten worden wäre.

Der Anspruch ist unverzüglich geltend zu machen, spätestens aber bis drei Monate nach Abschluss der Heilbehandlung. Eine für andere Leistungsarten vereinbarte dynamische Erhöhung von Leistung und Beitrag findet auf diese Leistung keine Anwendung. Bestehen bei uns mehrere Verträge für die versicherte Person, so wird die Leistung nur aus einem dieser Verträge erbracht.