

## 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 Arzneimittel 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 EUR** innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren;
- **refraktive Chirurgie** zu 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen und **bis zu 800 EUR 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 EUR** innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren.

**Leistungsanspruch** je versicherte Person besteht

- im **ersten** Versicherungsjahr **bis zu 250 EUR**,
- in den **ersten beiden** Versicherungsjahren zusammen **bis zu 500 EUR**,
- ab dem **dritten** Versicherungsjahr entfällt diese Summenbegrenzung.

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.