

# Tarif AZSH

## Ambulante Zusatzversicherung für Sehen und Hören

### Geschlechtsunabhängig kalkulierter Tarif (Unisex-Tarif)

#### Teil III Tarife

##### Ambulante Zusatzversicherung für Sehen und Hören

Der Tarif AZSH gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife) mit Gültigkeit ab 21.12.2012, bestehend aus

Teil I – Musterbedingungen 2013 (MB/KK 2013) und  
Teil II – Tarifbedingungen.

##### Aufnahmefähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Krankenkasse oder Anspruch auf freie Heilfürsorge haben oder bei der Concordia Krankenversicherungs-AG aktiv nach einem der Tarife AV oder BV versichert sind. Endet das Versicherungsverhältnis nach Tarif AV oder BV, so endet zum gleichen Zeitpunkt auch das Versicherungsverhältnis nach Tarif AZSH.

##### Versicherungsleistungen

**Im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zählen zu den erstattungsfähigen Aufwendungen:**

##### 1. Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen)

Erstattungsfähig sind 100 % der nach Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge verbleibenden Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillenfassungen und Kontaktlinsen) einschließlich Reparaturen. Die Aufwendungen für Pflege-, Reinigungs- und Aufbewahrungsmittel sind nicht erstattungsfähig.

Die Leistungen werden auch dann erbracht, wenn die Vorleistung nicht in Anspruch genommen wird.

Die Erstattung für Sehhilfen ist auf einen Höchstbetrag in Höhe von 350 € innerhalb von 2 Versicherungsjahren begrenzt.

##### 2. Operationen zur Sehschärfenkorrektur

Erstattungsfähig sind – frühestens nach Ablauf von 24 Monaten nach Versicherungsbeginn – 100 % der nach etwaiger Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge verbleibenden Aufwendungen für brechkraftverändernde Augenlaserkorrekturen (LASIK/LASEK) sowie Kunstlinsen-Operationen einschließlich erforderlicher Vor- und Nachuntersuchungen.

Die Erstattung je Maßnahme ist auf einen Höchstbetrag in Höhe von 750 € pro Auge begrenzt.

Es besteht Versicherungsschutz für höchstens 2 Maßnahmen je Auge während der Vertragslaufzeit. Ein erneuter Anspruch besteht frühestens nach Ablauf von 36 Monaten nach dem operativen Eingriff am entsprechenden Auge.

##### 3. Hörhilfen

##### a) Erstattung bei Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge

Erstattungsfähig sind 80 % der nach Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge verbleibenden Aufwendungen für von niedergelassenen oder in Krankenhausambulanzen tätigen approbierten Ärzten sowie von Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes verordneten Hörgeräten einschließlich dazugehöriger Ohrpass-Stücke (Otoplastik) sowie Reparaturen.

##### b) Erstattung bei fehlender Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge

Bei fehlender Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge sind 80 % der Aufwendungen für von niedergelassenen oder in Krankenhausambulanzen tätigen approbierten Ärzten sowie von Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes verordneten Hörgeräten einschließlich dazugehöriger Ohrpass-Stücke (Otoplastik) erstattungsfähig.

Die Erstattung je Hörhilfe ist bei fehlender Vorleistung auf einen Höchstbetrag in Höhe von 1.000 € pro Ohr begrenzt.

Ein erneuter Anspruch auf die Versorgung mit Hörhilfen am entsprechenden Ohr bei fehlender Vorleistung besteht, sofern der Bezug der letzten Hörhilfe mindestens 36 Monate zurückliegt.

##### Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 18 Abs. 1 der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Erstattungshöchstbeträge und -sätze mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders anzuheben. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

# Tarif AZN

## Ambulante Zusatzversicherung für Heilpraktiker und Naturheilverfahren

### Geschlechtsunabhängig kalkulierter Tarif (Unisex-Tarif)

#### Teil III Tarife

##### Ambulante Zusatzversicherung für Heilpraktiker und Naturheilverfahren

Der Tarif AZN gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung für geschlechtsunabhängig kalkulierte Tarife (Unisex-Tarife), bestehend aus

Teil I – Musterbedingungen 2013 (MB/KK 2013) und  
Teil II – Tarifbedingungen.

##### Aufnahmefähigkeit

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die bei der Concordia Krankenversicherungs-AG aktiv nach einem der Tarife AZP, AZSH, AZ TOP, AV oder BV versichert sind. Endet das Versicherungsverhältnis nach Tarif AZP, AZSH, AZ TOP, AV oder BV, so endet zum gleichen Zeitpunkt auch das Versicherungsverhältnis nach Tarif AZN.

##### Versicherungsleistungen

Im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zählen zu den erstattungsfähigen Aufwendungen:

##### 1. Heilbehandlung durch Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind 80 % der Aufwendungen für medizinisch notwendige naturheilkundliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch Heilpraktiker bis zur Höchstgebühr nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) einschließlich verordneter Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen und Röntgenleistungen.

Auf die Anwendung der Einschränkungen in Bezug auf Behandlungsmethoden und Arzneimittel gemäß § 4 Abs. 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK) wird verzichtet.

Die Aufwendungen für Nahrungsergänzungs- bzw. Nahrungsmittel, Stärkungspräparate (z.B. Vitamine/ Mineralstoffe), Gewichtsreduktions-, Schlaf-, Haarwuchs- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Mittel zur Empfängnisverhütung sowie Lifestyle- und Anti-Aging-Präparate sind nicht erstattungsfähig.

Soweit ein Anspruch auf Leistungen gegenüber der GKV bzw. der Beihilfe besteht, sind diese jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen. Bitte reichen Sie daher im Leistungsfall die Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV bzw. der Beihilfe über die gewährten Leistungen bzw. deren Ablehnung ein.

##### 2. Naturheilverfahren durch Ärzte

Erstattungsfähig sind 80 % der Aufwendungen für nicht unter die Leistungspflicht der GKV fallende, medizinisch notwendige naturheilkundliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch Ärzte bis zum Höchstsatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für durchgeführte Naturheilverfahren nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der besonderen Therapierichtungen einschließlich verordneter Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen und Röntgenleistungen.

Auf die Anwendung der Einschränkungen in Bezug auf Behandlungsmethoden und Arzneimittel gemäß § 4 Abs. 6 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK) wird verzichtet.

Die Aufwendungen für Nahrungsergänzungs- bzw. Nahrungsmittel, Stärkungspräparate (z.B. Vitamine/ Mineralstoffe), Gewichtsreduktions-, Schlaf-, Haarwuchs- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel, Mittel zur Empfängnisverhütung sowie Lifestyle- und Anti-Aging-Präparate sind nicht erstattungsfähig.

Soweit ein Anspruch auf Leistungen gegenüber der GKV bzw. der Beihilfe besteht, sind diese jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen. Bitte reichen Sie daher im Leistungsfall die Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV bzw. der Beihilfe über die gewährten Leistungen bzw. deren Ablehnung ein.

##### 3. Osteopathische Leistungen durch andere Leistungserbringer

Erstattungsfähig sind 80 % der Aufwendungen für osteopathische Leistungen, wenn

- diese medizinisch geeignet sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
- diese von einem Arzt auf einem Privatrezept verordnet wurden und
- diese qualitätsgesichert von einem zur osteopathischen Leistungserbringung berechtigten Arzt, einem Physiotherapeuten oder sonstigen Leistungserbringern durchgeführt werden, die Mitglied eines Berufsverbandes der Osteopathen sind oder eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

Soweit ein Anspruch auf Leistungen gegenüber der GKV bzw. der Beihilfe besteht, sind diese jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen. Bitte reichen Sie daher im Leistungsfall die Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV bzw. der Beihilfe über die gewährten Leistungen bzw. deren Ablehnung ein.

##### Erstattungshöchstbeträge

Die Erstattung für die in den Punkten 1-3 aufgeführten Aufwendungen ist auf einen Höchstbetrag in Höhe von 1.500 € (Kinder und Jugendliche 750 €) je Versicherungsjahr begrenzt.

Im 1. Versicherungsjahr ist die Erstattung auf 500 € (Kinder und Jugendliche 250 €) und im 2. Versicherungsjahr ist die Erstattung auf 1.000 € (Kinder und Jugendliche 500 €) begrenzt.

##### Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 18 Abs. 1 der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Erstattungshöchstbeträge und -sätze mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders anzuheben. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.