

Krankheitskosten-Tarif AE

Ergänzungsversicherung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

(Stand: 01.01.2009)

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

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1. **Heilmittel** **100 %** der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung.

2. **Brillen und Kontaktlinsen** **100 %** des Eigenanteils für Brillengestelle, höchstens 54 EUR pro Kalenderjahr,
50 % der Aufwendungen für Brillengläser, höchstens 100 % des Eigenanteils,
50 % der Aufwendungen für Kontaktlinsen, höchstens 54 EUR pro Kalenderjahr.

3. **Zahnersatz** **20 %** des Rechnungsbetrages für prothetische Leistungen einschließlich Zahnkronen sowie in diesem Zusammenhang gefertigte Aufbissbehelfe und Schienen. Soweit medizinisch notwendig, sind auch zugehörige funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen und implantologische Leistungen mitversichert.
Zu Beginn der Versicherung sind die Aufwendungen für Zahnersatz bis zum nachstehend aufgeführten Rechnungsbetrag versichert und im Rahmen des tariflich vorgesehenen Satzes erstattungsfähig:
536 EUR im 1. Versicherungsjahr
643 EUR im 2. Versicherungsjahr
964 EUR im 3. Versicherungsjahr.
Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls entfallen diese Höchstsätze. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
Wird innerhalb von 30 Tagen nach Antragstellung oder Versicherungsbeginn ein zahnärztlicher Befundbericht vorgelegt, können die Höchstsätze aufgehoben werden.
Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs AE ab 4. Versicherungsjahr.

4. **Behandlung im Ausland** **100 %** des Eigenanteils der Aufwendungen für Heilbehandlung im Ausland während vorübergehender Reisen bis zu sechs Wochen Dauer einschließlich der Aufwendungen
 - für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport,
 - für eine Überführung nach dem Tode der versicherten Person aus dem Ausland zum ständigen Wohnsitz vor Beginn der Reise oder
 - für die Beisetzung im Ausland bei Tod während des Auslandsaufenthaltes bis zu der Höhe, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

5. **Behandlung durch Heilpraktiker** **50 %** der Aufwendungen für Heilbehandlung durch Heilpraktiker einschließlich der verordneten Arzneimittel im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker.

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

- Erläuterungen**
1. Als Heilbehandlung im Ausland gelten
 - 1.1 ärztliche Behandlung einschließlich Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Fehlgeburt, nicht aber Schwangerschaftsabbruch und Entbindung,
 - 1.2 Arzneien und Verbandmittel,
 - 1.3 Heil- und Hilfsmittel, die infolge eines Unfalls notwendig werden,
 - 1.4 stationäre Behandlung in den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen,
 - 1.5 Transport zum für die Behandlung geeigneten nächsterreichbaren Krankenhaus,

Erläuterungen

- 1.6 schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie einfache Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Zahnersatz, Zahnkronen und kieferorthopädische Behandlung.
2. Für die Heilbehandlung im Ausland gelten die in § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen vorgesehenen Wartezeiten nicht.
3. Als Ausland gilt das Gebiet außerhalb Deutschlands. Ist die Rückreise innerhalb eines Zeitraumes von sechs Wochen aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle bis zum Eintritt der Transportfähigkeit.
4. Ein medizinisch notwendiger Rücktransport liegt dann vor, wenn für die Rückreise aus Krankheitsgründen die Benutzung einer besonderen Krankentransporteinrichtung (z. B. Krankenwagen, Krankenliege im Flugzeug) notwendig ist, wenn am Aufenthaltsort oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet ist oder wenn nach Art und Schwere der Erkrankung eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde. Mitversichert sind auch die Mehrkosten einer krankheitsbedingt außerplanmäßigen Rückreise.
5. Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
 - b) für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.

Vom Beginn des vierten Versicherungsjahres an verzichtet der Versicherer auf die Einschränkung der Leistungspflicht nach Absatz b), soweit die Behandlung nicht schon vor Reiseantritt hätte durchgeführt werden können. Diese Aufhebung des Leistungsausschlusses gilt auch bei Tarifwechsel erst vom vierten Versicherungsjahr an.

C. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Sobald eine versicherte Person das 12. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

D. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Rückerstattung bei Leistungsfreiheit

Als Form der Verwendung kann die Beitragsrückerstattung für leistungsfrei gebliebene Versicherte 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) die Versicherung während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden hat und für das abgelaufene Kalenderjahr keine Versicherungsleistungen 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.
- 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.

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