

Krankheitskosten-Tarif MediTop 2

Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(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. **Brillen und Kontaktlinsen** **80%** der verbleibenden Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von **120 EUR**. Ein Anspruch auf Leistung für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht frühestens nach 24 Monaten seit dem letzten Bezug.
2. **Alternative Heilmethoden** **80%** der Aufwendungen für Heilbehandlung durch Heilpraktiker einschließlich der verordneten Arzneimittel im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (Gebüh), bis zu einem Erstattungsbetrag von **500 EUR** pro Kalenderjahr.
3. **Krankenhaustagegeld** Krankenhaustagegeld in Höhe von **10 EUR** je Tag eines stationären Krankenhausaufenthaltes, höchstens **28 Tage** pro Kalenderjahr.

4. Zahnersatz

4.1 Zahnärztliche Regelversorgung

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen),
- zugehörige zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,
- Erstellen eines Heil- und Kostenplanes,

soweit diese für die zahnärztliche Regelversorgung (siehe Abschnitt C.2) nach dem Sozialgesetzbuch V (SGB V) festgesetzt werden.

Nach abgeschlossener Behandlung ist der Umfang der zahnärztlichen Regelversorgung mit Zahnersatz durch Vorlage der Zahnarztrechnung sowie des von der Krankenkasse genehmigten Heil- und Kostenplanes nachzuweisen. Die Zahnarztrechnung ist mit einem Erstattungsvermerk der GKV zu versehen.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu

- 20%** erstattet.

Dieser Erstattungssatz erhöht sich auf

- 30% oder 35%**

entsprechend den erhöhten Erstattungssätzen der GKV bei regelmäßiger Vorsorge (siehe Anhang §§ 22 Abs. 1, 55 Abs. 1 SGB V).

Zu Beginn der Versicherung sind die erstattungsfähigen Aufwendungen begrenzt auf einen Rechnungshöchstbetrag von insgesamt

- 250 EUR** im ersten Versicherungsjahr,
- 500 EUR** in den ersten beiden Versicherungsjahren,
- 1.000 EUR** in den ersten drei Versicherungsjahren,
- 2.000 EUR** in den ersten vier Versicherungsjahren.

Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls entfallen die Höchstsätze.

Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MediTop 2 ab dem fünften Versicherungsjahr.

4.2 Privatzahnärztliche Leistungen

- 100%** der Aufwendungen für implantologische Leistungen und implantatgetragenen Zahnersatz sowie funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen einschließlich der zugehörigen Kosten der zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien.
In diesem Zusammenhang erhaltene Leistungen für die zahnärztliche Regelversorgung der GKV sind von den Aufwendungen in Abzug zu bringen.
- 100%** der Aufwendungen für kieferorthopädische Maßnahmen, wenn die GKV für eine kieferorthopädische Indikation keine Leistungen erbringt.

Zu Beginn der Versicherung sind die erstattungsfähigen Aufwendungen für Implantate, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie kieferorthopädische Maßnahmen, einschließlich der zugehörigen Kosten der zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien, begrenzt auf einen Rechnungshöchstbetrag von insgesamt

- 1.000 EUR** in den ersten beiden Versicherungsjahren,
- 1.250 EUR** in den ersten drei Versicherungsjahren,
- 1.500 EUR** in den ersten vier Versicherungsjahren,
- 1.500 EUR** ab dem fünften Versicherungsjahr

Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls beträgt der Höchstsatz auch in jedem der ersten vier Versicherungsjahre **1.500 EUR**.

Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MediTop 2 ab dem vierten Versicherungsjahr.

5. Behandlung im Ausland

- 100 %** der nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen 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.

B. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

Erläuterung

Nach Tarif MediTop 2 sind Personen versicherungsfähig, die als Mitglieder oder Familienversicherte in der deutschen GKV versichert sind.

Bei Ausscheiden aus der GKV endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Schluss des laufenden Monats. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus der GKV unverzüglich zu unterrichten.

C. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterungen

1. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
2. Die festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung (Durchschnittskosten einer Regelversorgung) entsprechen dem Doppelten der als Vorleistung der GKV nachgewiesenen befundbezogenen Festzuschüsse ohne Bonus.
3. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt angerechnete Leistungen der GKV werden als Vorleistung der GKV berücksichtigt.
4. Als Heilbehandlung im Ausland gelten
 - 4.1 ärztliche Behandlung einschließlich Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Fehlgeburt, nicht aber Schwangerschaftsabbruch und Entbindung,
 - 4.2 Arzneien und Verbandmittel,
 - 4.3 Heil- und Hilfsmittel, die infolge eines Unfalls notwendig werden,
 - 4.4 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,
 - 4.5 Transport zum für die Behandlung geeigneten nächsterreichbaren Krankenhaus,
 - 4.6 schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie einfache Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Zahnersatz, Zahnkronen und kieferorthopädische Behandlung.
5. 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.
6. 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. Mit versichert sind auch die Mehrkosten einer krankheitsbedingt außerplanmäßigen Rückreise.
7. 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.

D. 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.

E. Wartezeiten

Wartezeiten

Abweichend von § 3 AVB sind Wartezeiten für Brillen und Kontaktlinsen (Abschnitt A. 1) sowie Behandlung im Ausland (Abschnitt A. 5) nicht einzuhalten.

F. Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Abs. 1 AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeiträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen. Änderungen nach Satz 1 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.

Anhang: Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung SGB V

§ 22

Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe)

1. Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, können sich zur Verhütung von Zahnerkrankungen einmal in jedem Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen lassen.
2. Die Untersuchungen sollen sich auf den Befund des Zahnfleisches, die Aufklärung über Krankheitsursachen und ihre Vermeidung, das Erstellen von diagnostischen Vergleichen zur Mundhygiene, zum Zustand des Zahnfleisches und zur Anfälligkeit gegenüber Karieserkrankungen, auf die Motivation und Einweisung bei der Mundpflege sowie auf Maßnahmen zur Schmelzhärtung der Zähne erstrecken.
3. Versicherte, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, haben Anspruch auf Fissurenversiegelung der Molaren.
4. (weggefallen)
5. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt das Nähere über Art, Umfang und Nachweis der individualprophylaktischen Leistungen in Richtlinien nach § 92.

§ 55

Leistungsanspruch

1. Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung
 1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
 2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung, frühestens seit dem 1. Januar 1989, die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.
2. Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn
 1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,

2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

3. Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
4. Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.
5. Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.