SDK Süddeutsche Krankenversicherung

Krankheitskosten-Zusatzversicherung

Stand 01.01.2013

Stationäre Heilbehandlung	Tarife SG1/SG2
Hilfsmittel – Kur – Ausland	Tarif WG
Zahnersatz	Tarife ZG20/ZG30/ZG50/ZG70
Zahnersatz/Heilpraktiker	Tarif ZH40
Zahnbehandlung	Tarif ZGB
Brillen/Kontaktlinsen – Kur – Ausland – Zahnersatz – Heilpraktiker	Tarife WGZ2/WGZ3/WGZ4
Naturheilverfahren	Tarif NH
Kostenerstattung bei Arzt und Zahnarzt	Tarife AG80/AGZ
Krankenhaustagegeld	Tarif 10
Krankentagegeld	Tarif TG6

Tarif SG1 / Tarif SG2

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

– falls Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) berechnet sind: bei Inanspruchnahme

  eines **Ein**-oder **Zweibett**-Zimmers aus dem Tarif SG1
  Zweibett-Zimmers aus dem Tarif SG2

  100 % der Kosten für gesondert berechnete Unterkunft und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

  Diese Erstattung erfolgt auch dann, wenn die gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen erbringt oder die Versicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse geendet hat. Kürzt die gesetzliche Krankenkasse ihre Leistungen, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus aufsucht, so wird der Kürzungsbetrag erstattet.

– falls Krankenhausleistungen **nicht** nach der BPflV bzw. dem KHEntgG berechnet sind:

  bei Belegung eines **Ein- oder Zweibett**-Zimmers aus dem Tarif SG1

  bei Belegung eines **Zweibett**-Zimmers aus dem Tarif SG2

  nach Vorleistung durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung **100 %** des verbleibenden Rechnungsbetrages für Pflegekosten (Unterkunft, Pflege und Verpflegung), Arzt- und Operationskosten, Sonderentgelte, Kosten der Belegärzte, Hebammen, Entbindungspfleger und eines notwendigen Hin- und Rücktransports zum nächstgelegenen Krankenhaus.

  Erbringt die gesetzliche Krankenkasse **keine** Leistungen oder hat die Versicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse geendet, so wird anstelle der Kostenerstattung, unabhängig von der Wahl eines Zimmers mit ein, zwei oder mehr Betten ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

  EUR 48,– aus dem Tarif SG1

  EUR 36,– aus dem Tarif SG2

  gezahlt.

Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG)

Der Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) ist der gesetzlichen Krankenkasse/Krankenversicherung hinsichtlich der Regelungen zu den Versicherungsleistungen des Tarifs gleichgestellt.

Zusätzlich gilt für Tarif SG1

Zu den ärztlichen Leistungen gehören auch ärztliche Liquidationen, denen eine von der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte abweichende, sachlich und rechtlich begründete Vereinbarung über die Höhe der Vergütung zugrunde liegt. Bei stationärer Heilbehandlung im Ausland gilt dieses auch bei Überschreitung des Gebührenrahmens ohne nähere Begründung.

Zusätzlich gilt für Tarif SG2

Erfolgt die Behandlung in einem Einbett-Zimmer, so gelten die Erstattungsgrundsätze für den Teil des Rechnungsbetrages, der einen Selbstbehalt von EUR 30,– je Krankenhaustag übersteigt.

– Neben der Kostenerstattung wird bei Inanspruchnahme **eines Zimmers mit mehr als zwei Betten** ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

  EUR 30,– aus dem Tarif SG1

  EUR 18,– aus dem Tarif SG2

  oder bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung

  EUR 18,– aus dem Tarif SG1

  EUR 18,– aus dem Tarif SG2

  gezahlt.

  Bei Inanspruchnahme **eines Zimmers mit mehr als zwei Betten** und bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung wird anstelle der Kostenerstattung ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

  EUR 48,– aus dem Tarif SG1

  EUR 36,– aus dem Tarif SG2

  gezahlt.

– Die Beträge für die unter bestimmten Voraussetzungen vorgesehenen Krankenhaustagegelder und die betragsgemäß festgelegte Leistungsgrenze des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

– Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung des gesunden Säuglings sind bei Nachversicherung gemäß § 2 (2) MB/KK 2009 im Rahmen der Tarifbedingungen eingeschlossen.

In diese Tarife können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die selbst oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) versichert sind.

Tarif WG

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Brillen/Kontaktlinsen

100 % des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Rechnungsbetrages bis zu 170,– EUR für Brillen bzw. Kontaktlinsen.

Erfolgt keine Leistung durch die gesetzliche Krankenversicherung, werden 100 % des Rechnungsbetrages bis zu 170,– EUR erstattet.

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (siehe 8. c) zu § 4 (3) MB/KK 2009) besteht der Anspruch auf Erstattung im Abstand von 36 Monaten oder einmal jährlich bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

2. Große Hilfsmittel

100 % des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Rechnungsbetrages, insgesamt jedoch nicht mehr als 550,– EUR jährlich.

Erfolgt keine Leistung durch die gesetzliche Krankenversicherung, entfällt auch eine Erstattung nach diesem Tarif. Nicht zu den verbleibenden Aufwendungen gehören gesetzlich festgelegte Zuzahlungen.

Als große Hilfsmittel gelten Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Insulinpumpen, Schlafapnoegeräte (CPAP-Geräte), Kunstglieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate einschließlich Sitz- und Liegeschalen, Krankenfahrstühle, Miet- und Sachnebenkosten lebenserhaltender Hilfsmittel (wie z. B. Atem-/Herzfrequenzmonitor, Heimdialysegeräte, Sauerstoffkonzentrator).

3. Kurtagegeld

14,– EUR je Tag, wenn und solange die gesetzliche Kranken- oder Rentenversicherung bei stationärer Kur-, Rehabilitations- oder Sanatoriumsbehandlung leistet. Bei Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen, die in ihrer Ausgestaltung einer Krankenhausbehandlung entsprechen, erfolgt keine Leistung.

4. Kosten bei kurzfristigen Auslandsreisen

Bei kurzfristigen Auslandsreisen für die Dauer bis längstens 45 Tage bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall die bei Heilbehandlung im Ausland entstehenden Kosten. Erstattungsfähig sind hierbei Aufwendungen für

- Arzt und Facharzt, der nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen ist;
- Wegegebühren des Arztes;
- Operation sowie Assistenz und Narkose;
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
- Arznei, Verbands- und Heilmittel;
- stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

  Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Reise eines Ehegatten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Die Kosten des Aufenthaltes sind nicht versichert.

  Können die versicherten Personen infolge Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder im Alter bis zu 15 Jahren sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Rückreise der Kinder – soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive Kostenübernahme – und übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden erforderlichen Mehrkosten;
- den Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;
- zahnärztliche Behandlung, und zwar Maßnahmen zur Schmerzbeseitigung sowie notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung; ferner akut notwendig werdende Reparaturen von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit. Nicht erstattungsfähig ist die Neuanfertigung von Zahnersatz;
- einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland nach Deutschland. Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport dann, wenn aufgrund der Erkrankung eine ausreichende Behandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und die Erkrankung anschließend im Inland stationär weiterbehandelt wird. Der Rücktransport muss in das Krankenhaus am ständigen, vor Beginn der Reise vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus erfolgen. Die notwendigen Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden ebenfalls übernommen;
- beim Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland bis zu 12.000,– EUR.

Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über den vereinbarten Zeitraum hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Die Leistungen werden ohne Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung erbracht. Besteht jedoch Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so werden diese auf den Erstattungsbetrag angerechnet.

Nicht erstattet werden Aufwendungen für Hilfsmittel und Heilpraktiker.

Die Wartezeiten entfallen. Ebenso entfällt die Begrenzung der Leistungspflicht durch die gültige amtliche deutsche Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte.

Das Kurtagegeld und die betragsmäßig festgelegten Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG)

Der Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) ist der gesetzlichen Krankenkasse/Krankenversicherung hinsichtlich der Regelungen zu den Versicherungsleistungen des Tarifs gleichgestellt.

Assistance-Leistungen bei Notfällen im Ausland

Bei Notfällen ist der Versicherer für Anrufe aus dem Ausland unter der Telefonnummer

+49 711 - 9952 20 01

Tag und Nacht erreichbar.

Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellungen:

- Information über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- Benennung eines Arztes vor Ort;
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
- Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
- Organisation des medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransportes nach Deutschland sowie bei Tod des Versicherten Organisation und Überführung zum Bestattungsort in Deutschland bzw. Organisation der Bestattung im Ausland.

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die selbst oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif (§12 Abs. 1 a VAG) versichert sind.

Tarife ZG20/ZG30/ZG50/ZG70

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei Zahnersatz für zahnärztliche persönliche Leistungen sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen

– im Tarif ZG20 **20 %** des Rechnungsbetrages,

– im Tarif ZG30 **30 %** des Rechnungsbetrages,

– im Tarif ZG50 **50 %** des Rechnungsbetrages,

– im Tarif ZG70 **70 %** des Rechnungsbetrages,

zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als **90 %** des Rechnungsbetrages.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Implantate und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen). Leistungen für Implantate sind erstattungsfähig, wenn dies vom Versicherer vor Beginn der Behandlungsmaßnahme aufgrund eines Heil- und Behandlungsplans schriftlich zugesagt wurde.

Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag ist in den ersten beiden Kalenderjahren auf insgesamt 3.000,– EUR, in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 6.000,– EUR begrenzt.

Die Begrenzung entfällt danach. Die Höchstbeträge der ersten zwei bzw. vier Kalenderjahre und die Wartezeiten gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind.

Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG)

Der Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) ist der gesetzlichen Krankenkasse/Krankenversicherung hinsichtlich der Regelungen zu den Versicherungsleistungen des Tarifs gleichgestellt.

Versicherungsfähig sind alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die selbst oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) versichert sind. Die Versicherung nach den Tarifen ZG20, ZG30, ZG50 und ZG70 endet mit dem Wegfall einer der in Satz 1 bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit.

Tarif ZH40

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei

1. Zahnersatz

für zahnärztliche persönliche Leistungen sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen 40 % des Rechnungsbetrages, zusammen mit Leistungen einer Krankenversicherung oder eines sonstigen Kostenträgers jedoch nicht mehr als 90 % des Rechnungsbetrages.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, Implantate und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen). Leistungen für Implantate sind erstattungsfähig, wenn dies vom Versicherer vor Beginn der Behandlungsmaßnahme aufgrund eines Heil- und Kostenplans schriftlich zugesagt wurde.

Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag ist in den ersten beiden Kalenderjahren auf insgesamt 3.000,– EUR, in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 6.000,– EUR begrenzt.

Die Begrenzung entfällt danach. Die Höchstbeträge der ersten zwei bzw. vier Kalenderjahre und die Wartezeiten gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind.

2. Behandlung durch Heilpraktiker

im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes sowie bei den vom behandelnden Heilpraktiker verordneten Arznei-, Verband- und Heilmitteln

80 % des Rechnungsbetrages

höchstens jedoch bis insgesamt 100,– EUR im ersten Kalenderjahr und insgesamt 200,– EUR im zweiten Kalenderjahr. Danach beträgt der Erstattungsbetrag pro Kalenderjahr höchstens insgesamt 800,– EUR.

Betragsgemäß festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die selbst oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) versichert sind.

Tarif ZGB

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung

1. Für Kunststofffüllungen und Inlays

jeweils 80 % des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung oder des Basistarifs (§ 12 Abs. 1a VAG) verbleibenden Rechnungsbetrages.

Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag ist für Kunststofffüllungen und Inlays zusammen in den ersten beiden Kalenderjahren auf insgesamt 500,– EUR, in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 1.000,– EUR begrenzt.

Erbringt die gesetzliche Krankenversicherung oder der Basistarif nachweislich keine Vorleistung, beträgt der Erstattungsbetrag 70 %, die Begrenzungen des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages gemäß Satz 2 gelten entsprechend.

2. Für zahnprophylaktische Leistungen
(z. B. Professionelle Zahnreinigung)

100 % des Rechnungsbetrages bis zu 70,– EUR im Kalenderjahr. Die Wartezeit entfällt.

3. Für die Gesamtkosten kieferorthopädischer Behandlungen bei Kindern mit einem Eintrittsalter

– von bis zu 6 Jahren
  100 % des Rechnungsbetrages bis zu 1.500,– EUR,

– von 7 bis 9 Jahren 100 %
  des Rechnungsbetrages bis zu 1.000,– EUR,

– ab 10 Jahren
  100 % des Rechnungsbetrages bis zu 500,– EUR

zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder des Basistarifs jedoch nicht mehr als 100 % des Rechnungsbetrages.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungen, wenn das Kind vor Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Wartezeiten gelten nicht für erstattungsfähige Aufwendungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind. Bei Kunststofffüllungen und Inlays entfallen dann zudem die Höchstbeträge der ersten zwei bzw. vier Kalenderjahre.

Betragsmäßig oder prozentual festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

Versicherungsfähig sind alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die selbst oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif versichert sind. Die Versicherung nach Tarif ZGB endet mit dem Wegfall der in Satz 1 bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

Tarife WGZ2/WGZ3/WGZ4

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Brillen/Kontaktlinsen

in den Tarifen WGZ2, WGZ3, WGZ4

100 % des nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Rechnungsbetrages bis zu 170,– EUR für Brillen bzw. Kontaktlinsen.

Erfolgt keine Leistung durch die gesetzliche Krankenversicherung, werden 100 % des Rechnungsbetrages bis zu 170,– EUR erstattet.

Abweichend von den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (siehe 5. c) zu § 4 (3) MB/KK 2009) besteht der Anspruch auf Erstattung im Abstand von 36 Monaten oder einmal jährlich bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

2. Kurtagegeld

in den Tarifen WGZ3, WGZ4

14,– EUR je Tag, wenn und solange die gesetzliche Kranken- oder Rentenversicherung bei stationärer Kur-, Rehabilitations- oder Sanatoriumsbehandlung leistet. Bei Anschlussheilbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen, die in ihrer Ausgestaltung einer Krankenhausbehandlung entsprechen, erfolgt keine Leistung.

3. Kosten bei kurzfristigen Auslandsreisen

in den Tarifen WGZ2, WGZ3, WGZ4

bei kurzfristigen Auslandsreisen für die Dauer bis längstens 45 Tage bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall die bei Heilbehandlung im Ausland entstehenden Kosten. Erstattungsfähig sind hierbei Aufwendungen für

- Arzt und Facharzt, der nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen ist;
- Wegegebühren des Arztes;
- Operation sowie Assistenz und Narkose;
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
- Arznei-, Verbands- und Heilmittel;
- stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

  Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Reise eines Ehegatten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Die Kosten des Aufenthaltes sind nicht versichert. Können die versicherten Personen infolge Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder im Alter bis zu 15 Jahren sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Rückreise der Kinder – soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive Kostenübernahme – und übernimmt die gegenüber der ursprünglich geplanten Rückreise entstehenden erforderlichen Mehrkosten;
- den Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;
- zahnärztliche Behandlung, und zwar Maßnahmen zur Schmerzbeseitigung sowie notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung; ferner akut notwendig werdende Reparaturen von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit. Nicht erstattungsfähig ist die Neuanfertigung von Zahnersatz;
- einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland nach Deutschland. Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport dann, wenn aufgrund der Erkrankung eine ausreichende Behandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und die Erkrankung anschließend im Inland stationär weiterbehandelt wird. Der Rücktransport muss in das Krankenhaus am ständigen, vor Beginn der Reise vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus erfolgen. Die notwendigen Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden ebenfalls übernommen;
- beim Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland bis zu 12.000,– EUR.

Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über den vereinbarten Zeitraum hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist. Die Leistungen werden ohne Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung erbracht. Besteht jedoch Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so werden diese auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Nicht erstattet werden Aufwendungen für Hilfsmittel und Heilpraktiker.

Die Wartezeiten entfallen. Ebenso entfällt die Begrenzung der Leistungspflicht durch die gültige amtliche deutsche Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte.

Bei Notfällen ist der Versicherer für Anrufe aus dem Ausland unter der Telefonnummer

+49 711 - 9952 20 01

Tag und Nacht erreichbar.

Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellungen:

- Information über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- Benennung eines Arztes vor Ort;
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
- Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
- Organisation des medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransportes nach Deutschland sowie bei Tod des Versicherten Organisation und Überführung zum Bestattungsort in Deutschland bzw. Organisation der Bestattung im Ausland.

4. Zahnersatz

für zahnärztliche persönliche Leistungen sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen

im Tarif WGZ2 20 % des Rechnungsbetrages,

im Tarif WGZ3 30 % des Rechnungsbetrages,

zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90 % des Rechnungsbetrages.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Implantate und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen). Leistungen für Implantate sind erstattungsfähig, wenn dies vom Versicherer vor Beginn der Behandlungsmaßnahme aufgrund eines Heil- und Behandlungsplans schriftlich zugesagt wurde.

Inlays gelten nicht als Zahnersatz.

5. Zahnersatz und Heilpraktiker

für zahnärztliche persönliche Leistungen sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen

im Tarif WGZ4 40 % des Rechnungsbetrages,

zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht mehr als 90 % des Rechnungsbetrages.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, Implantate und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen). Leistungen für Implantate sind erstattungsfähig, wenn dies vom Versicherer vor Beginn der Behandlungsmaßnahme aufgrund eines Heil- und Behandlungsplans schriftlich zugesagt wurde;

für Behandlung durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes sowie für die vom behandelnden Heilpraktiker verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel

im Tarif WGZ4 80 % des Rechnungsbetrages

höchstens jedoch bis insgesamt 100,– EUR im ersten Kalenderjahr und insgesamt 200,– EUR im zweiten Kalenderjahr. Danach beträgt der Erstattungsbetrag pro Kalenderjahr höchstens insgesamt 400,– EUR.

Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG)

Der Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) ist der gesetzlichen Krankenkasse/Krankenversicherung hinsichtlich der Regelungen zu den Versicherungsleistungen des Tarifs gleichgestellt.

Das Kurtagegeld und die betragsmäßig festgelegten Leistungsgrenzen der Tarife können mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden.

Versicherungsfähig sind alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die selbst oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) versichert sind und mindestens 55 Jahre alt (laufendes Kalenderjahr abzüglich Geburtsjahr) sind.

Tarif NH

Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für

Naturheilverfahren

100 % des Rechnungsbetrags für ambulante Heilbehandlungen durch Ärzte oder Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes einschließlich der im Zusammenhang mit den Naturheilverfahren verordneten Aufwendungen für Arznei-, Heil- und Verbandmittel bis zu kalenderjährlich insgesamt 1.000,– EUR. Die Erstattung ist im ersten Kalenderjahr auf insgesamt 100,– EUR, im zweiten Kalenderjahr auf insgesamt 200,– EUR begrenzt. Aufwendungen für Ärzte sind im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte, Aufwendungen für Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker erstattungsfähig. Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden.

Als Naturheilverfahren gelten solche des Hufelandverzeichnisses in der jeweils gültigen Fassung.

Vorrang anderer Versicherungsleistungen

Sind Naturheilverfahren durch die Mitgliedschaft bei der gesetzlichen Krankenversicherung oder durch ein Versicherungsverhältnis im Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) oder durch eine beim Versicherer bestehende Krankheitskosten-Zusatzversicherung mitversichert oder besteht ein Anspruch nach öffentlich-rechtlichen Beihilfevorschriften, gehen diese Leistungsansprüche den Leistungsansprüchen aus dem Tarif NH vor und sind zuerst bei dem jeweiligen Kostenträger geltend zu machen.

Nachrang anderer Versicherungsleistungen

Leistungsansprüche aus einer beim Versicherer bestehenden Krankheitskosten-Vollversicherung gehen den Leistungsansprüchen aus dem Tarif NH nach, so dass der Versicherer für erstattungsfähige Aufwendungen zuerst aus dem Tarif NH und dann – soweit ein verbleibender Rechnungsbetrag erstattungsfähig ist tariflich aus der Krankheitskosten-Vollversicherung leistet.

Betragsmäßig festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Die Beitragsrückerstattung wird gemäß § 4 Ziffer 1 der Tarifbedingungen gewährt. Erstattungen aus dem Tarif NH hindern einen Anspruch auf Beitragsrückerstattung anderer Tarife nicht.

Auszug aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen, 6. Auflage 2012

- Anthroposophische Medizin
- Ayurveda
- Bioenergetische Medizin
- Eigenblutbehandlungen
- Enzymtherapie
- Ernährungstherapie – komplementäre Allergiebehandlung
- Feldenkrais-Methode
- Homöopathie und Therapien mit Arzneimitteln, die nach HAB hergestellt werden
- Hyperthermie
- Kinesiologie
- Lüscher-Color-Test
- Mikrobiologische Therapie
- Neuraltherapie
- Organotherapie
- Orthomolekulare Therapie
- Osteopathie
- Physikalische Therapie
- Phytotherapie
- Proteomik – Funktionelle Proteomik nach CEIA
- Sauerstofftherapien
- Traditionelle Chinesische Medizin (TCM)
- Thermographie
- Umweltmedizin

Tarif AG80

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet **nach Vorleistung durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung** im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen bei ambulanter Heilbehandlung wegen Krankheit, Unfall, Schwangerschaft, Entbindung und Fehlgeburt für

- ärztliche Leistungen (Beratungen, Hausbesuche, Verrichtungen und Operationen) einschließlich Wegegelder des Arztes,
- Röntgendiagnostik, Laboruntersuchung und Strahlentherapie,
- Arzneien, Verbandsmittel, Heilmittel,
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers,
- Vorsorgeuntersuchungen

80 % des verbleibenden Rechnungsbetrages.

Zu den verbleibenden Aufwendungen gehören auch die gesetzlich festgelegten Zuzahlungen sowie die wegen der Wahl der Kostenerstattung von der gesetzlichen Krankenkasse erhobenen Abschläge, nicht jedoch die Aufwendungen, die auf einem mit der gesetzlichen Krankenkasse vereinbarten Selbstbehalt beruhen.

Übersteigen die nach Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Rechnungsbeträge eines Kalenderjahres die Summe von 1.000,– EUR, so erfolgt für den darüberliegenden Anteil eine zusätzliche Vergütung von weiteren 20 %.

Sofern die gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen erbringt oder die Versicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse geendet hat, beträgt die Erstattung 40 % des Rechnungsbetrages, für Behandlung durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes ebenfalls 40 % des Rechnungsbetrages.

Betragsmäßig festgelegte Leistungsgrenzen des Tarifs werden mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst.

Wartezeiten

In Abweichung zu § 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009 entfallen die Wartezeiten.

Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG)

Der Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) ist der gesetzlichen Krankenkasse/Krankenversicherung hinsichtlich der Regelungen zu den Versicherungsleistungen des Tarifs gleichgestellt.

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden, die selbst oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) versichert sind.

Tarif AGZ

Versicherungsleistungen

Der Versicherer erstattet nach Vorleistung durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Kosten der Zahnbehandlung, der kieferorthopädischen Maßnahmen und der prophylaktischen Leistungen

80 % des verbleibenden Restbetrages.

Zu den verbleibenden Aufwendungen gehören auch die wegen der Wahl als Kostenerstattung von der gesetzlichen Krankenkasse erhobenen Abschläge, nicht jedoch die Aufwendungen, die auf einem mit der gesetzlichen Krankenkasse vereinbarten Selbstbehalt beruhen.

Sofern die gesetzliche Krankenkasse keine Leistungen erbringt oder die Versicherung bei einer gesetzlichen Krankenkasse geendet hat, beträgt die Erstattung 40 % des Rechnungsbetrages.

Wartezeiten

In Abweichung zu § 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009 entfallen die Wartezeiten.

Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG)

Der Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) ist der gesetzlichen Krankenkasse/Krankenversicherung hinsichtlich der Regelungen zu den Versicherungsleistungen des Tarifs gleichgestellt.

Versicherungsfähig sind alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die selbst oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif (§ 12 Abs. 1a VAG) sowie im Tarif AG80 versichert sind. Die Versicherung nach Tarif AGZ endet mit dem Wegfall von einer dieser Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit.

Tarif 10

Krankenhaustagegeldversicherung

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen im Versicherungsfall ein Krankenhaustagegeld.

Das Krankenhaustagegeld wird ohne Kostennachweis für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie einer stationären Entbindung oder Fehlgeburt gezahlt. Aufnahme- und Entlassungstag werden je als ein voller Tag gewertet.

Das Krankenhaustagegeld wird ungekürzt ausgezahlt. Es wird nicht auf Leistungen einer etwa bestehenden gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung angerechnet.

In diesen Tarif können alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen aufgenommen werden.

Das Krankenhaustagegeld muss mindestens EUR 10,– betragen.

Die Tarife SG1, SG2, WG, ZG20, ZG30, ZH40, ZG50, ZG70, ZGB, WGZ2, WGZ3, WGZ4, NH, AG80, AGZ und 10 gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

bestehend aus

Teil I: Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)

Teil II: Tarifbedingungen

In Abweichung zu § 8b MB/KK 2009 Beitragsanpassung der Tarifbedingungen beträgt bei den Tarifen ZGB, WGZ2, WGZ3, WGZ4 und NH der Vomhundertsatz 5 %.

Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (Überschussbeteiligung)

Die Beitragsrückerstattung wird gemäß § 4 Ziffer 1 der Tarifbedingungen gewährt.

Tarif TG6

Versicherungsleistungen

Der Versicherer zahlt im Rahmen des Tarifs und der Allgemeinen Versicherungsbedingungen ein Krankentagegeld – auch für Sonn- und Feiertage – wenn der Versicherte infolge einer Krankheit oder Unfallverletzung völlig (100%ig) arbeitsunfähig ist.

Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt nach einer Karenzzeit von 6 Wochen, d.h. am 43. Tag ab Eintritt der Arbeitsunfähigkeit.

Zeiten wiederholter Arbeitsunfähigkeit, die ein Arbeitgeber bei der Fortzahlung des Entgeltes zusammenzählen darf, werden auch hinsichtlich der tariflichen Karenzzeit zusammengezählt.

In diesem Tarif sind versicherungsfähig alle im Geschäftsgebiet des Versicherers wohnenden Personen, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind, gegen Entgelt in einem festen Arbeitsverhältnis mit Anspruch auf Lohnfortzahlung von sechs Wochen stehen und lohnsteuerpflichtig sind.

Das Krankentagegeld muss mindestens EUR 10,– und darf höchstens EUR 30,– betragen. Der Mindest- und Höchstbetrag des abschließbaren Krankentagegeldes kann mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders der allgemeinen Einkommensentwicklung angepasst werden.

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif TG6.