

Teil III Tarife GE-TOP und R-GE-TOP

Ergänzungstarife für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung für GKV-Versicherte

GE-TOP

Die Tarife GE-TOP und R-GE-TOP gelten in Verbindung mit Teil I und Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

Der Tarif GE-TOP bzw. R-GE-TOP kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und einer Versicherung nach dem Tarif GE bzw. R-GE bestehen. Endet eine dieser Versicherungen, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif GE-TOP bzw. R-GE-TOP.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten für Zahnersatz nach B 1.5 entfallen bei unfallbedingten Leistungen, sofern der Unfall nach Versicherungsbeginn eingetreten ist.

B Leistungen des Versicherers

1 Leistungsumfang (zu § 4 und § 5 Teil I und II)

1.1 Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattet werden zu 80% die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen (§ 61 SGB V) für:
Heilmittel einschließlich Verordnungsgebühr (§ 32 Abs. 2 SGB V), Hilfsmittel (§ 33 Abs. 8 SGB V), Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V) sowie Haushaltshilfen (§ 38 Abs. 5 SGB V).

Die Erstattung der vorgenannten Zuzahlungen ist auf insgesamt 550 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.

1.2 Hilfsmittel

Erstattet werden zu 80% die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für folgende Hilfsmittel:

Hörgeräte, Sprechgeräte, Krankenfahrstuhl, Prothesen und Perücke nach Haarausfall infolge einer Chemotherapie.

Die Erstattung der Kosten für die vorgenannten Hilfsmittel ist auf insgesamt 550 EUR im Kalenderjahr begrenzt.

1.3 Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

1.3.1 Erstattet werden zu 80% alle 2 Kalenderjahre

a) Vorsorgeuntersuchungen ab dem 20. Lebensjahr zur Früherkennung von Krankheiten, welche in den "Krebsfrüherkennungs-Richtlinien" und in den "Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien" des gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 SGB V) genannt sind.

b) Erweiterte Vorsorgeuntersuchungen ab dem 30. Lebensjahr im Rahmen eines Life-Style-Checks (Beratung, EKG, Blutdruckmessung, Bestimmung Body-Mass-Index, Labor).

c) Im Rahmen der Schlaganfallvorsorge ab dem 50. Lebensjahr die Untersuchung der Hirngefäße mittels Ultraschall/Duplex-Sonographie.

d) Im Rahmen der Hautkrebsvorsorge ab dem 25. Lebensjahr eine videosystemgestützte Untersuchung und Bilddokumentation von Muttermalen.

Die Erstattung der vorgenannten Untersuchungen ist auf insgesamt 550 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.

1.3.2 Für erweiterte Vorsorgeuntersuchungen, welche nicht in den "Kinder-Richtlinien" für Neugeborene genannt sind, werden 80% bis maximal 200 EUR erstattet.

1.3.3 Für Schutzimpfungen im Rahmen von Reisen werden die Kosten für Hepatitis A, FSME und Typhus zu 80% insgesamt bis maximal 200 EUR erstattet.

1.4 Naturheilkunde durch Ärzte und Heilpraktikerleistungen
Erstattet werden zu 80% bis 550 EUR pro Kalenderjahr die Kosten für Heilpraktikerleistungen sowie naturheilkundliche Leistungen von Ärzten und einschließlich der während der Behandlung verordneten, nicht verschreibungspflichtigen, naturheilkundlichen Arzneimittel.

Erstattungsfähig sind wissenschaftlich anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit ärztliche Leistungen im Rahmen der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Heilpraktiker-

leistungen im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH85) abgerechnet werden, sowie wissenschaftlich anerkannte Arzneimittel.

Darüber hinaus wird auch geleistet für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Erstattet werden z.B. die Schmerzakupunktur, Homöopathie, Phytotherapie, Neuraltherapie, Eigenbluttherapie, anthroposophische Medizin, Atemtherapie, Chiropraktik, osteopathische Behandlung, Schröpftherapie und physikalische Verfahren (Bewegungstherapie, Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Thermotherapie).

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Badeszusätze, Desinfektionsmittel u.ä. sowie für vom Heilbehandler selbst abgegebene Medikamente und Verbandmittel.

1.5 Zahnersatz

1.5.1 Erstattungsfähig sind im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 10% der Kosten für Zahnersatz (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays) einschließlich Reparaturen, wiederherstellende Maßnahmen sowie implantologische Leistungen.

Im Zusammenhang mit Zahnersatz stehende Röntgenaufnahmen nach den Ziffern A 5000-5004, gnathologische Leistungen, Injektionen und Aufbaufüllungen werden ebenfalls im Rahmen der GOZ zu 10% erstattet.

Die Kosten für Implantologie sind begrenzt auf max. sechs Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate. Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z.B. knochenaufbauende/vermehrnde Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.000 EUR anerkannt (Beispiel: RB = 1.250 EUR, anerkannter RB = 1.000 EUR, Erstattung (10%) = 100 EUR).

1.5.2 Wird eine von der geltenden Gebührenordnung abweichende Höhe der Vergütung vereinbart, besteht Leistungspflicht nur bis zu den Beträgen, die sich ohne diese Vereinbarung ergeben hätten.

1.5.3 Kosten für zahntechnische Laborarbeiten sind im Rahmen des tariflichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen erstattungsfähig.

1.5.4 Die tariflichen Leistungen sind im ersten Versicherungsjahr auf 100 EUR, im zweiten Versicherungsjahr auf 150 EUR, im dritten Versicherungsjahr auf 200 EUR und im vierten Versicherungsjahr auf 250 EUR begrenzt.

Das entspricht einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von 1.000 EUR im ersten, 1.500 EUR im zweiten, 2.000 EUR im dritten und 2.500 EUR im vierten Versicherungsjahr.

Die Begrenzung der tariflichen Leistungen während der ersten vier Versicherungsjahre entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

1.5.5 Heil- und Kostenplan

Sofern der erstattungsfähige Rechnungsbetrag 2.500 EUR übersteigt, ist dem Versicherer vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme vorzulegen.

1.6 Krankenhausleistungen

1.6.1 Es werden die Mehrkosten erstattet, welche bei den allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes (KhEntgG) verbleiben, wenn ein anderes als in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus gewählt wird, sofern es sich sowohl beim Krankenhaus der ärztlichen Einweisung als auch beim gewählten Krankenhaus um Krankenhäuser handelt, welche gem. § 108 SGB V für die GKV zugelassen sind und mit denen gem. § 109 SGB V ein Versorgungsvertrag geschlossen wurde.

Für medizinisch notwendige Heilbehandlungen in Krankenhäusern, die gem. § 108 SGB V für die GKV nicht zugelassen sind bzw. mit denen gem. § 109 SGB V kein Versorgungsvertrag geschlossen

wurde, werden Kosten in Höhe von maximal 100 EUR für allgemeine Krankenhausleistungen pro Kalendertag erstattet.

Der Versicherer ist bei planbaren stationär notwendigen Krankenhausaufenthalten rechtzeitig vor Aufnahme in das Krankenhaus über die Behandlungsmaßnahme zu informieren.

1.6.2 Zusätzlich werden die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen für die ersten 28 Tage (pro Kalenderjahr) eines stationären Krankenhausaufenthaltes (§ 39 Abs.4 SGB V) sowie für stationäre Fahrkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V) erstattet.

1.6.3 Rooming in

Bei Krankenhausaufenthalt eines Kindes sind auch die gesondert berechenbaren Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson im Krankenhaus bis zur Dauer von 14 Tagen pro Kalenderjahr erstattungsfähig, höchstens 25 EUR täglich. Voraussetzung ist, dass das nach diesem Tarif versicherte Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und ein Elternteil ebenfalls nach einem Krankheitskostentarif des Versicherers versichert ist.

C Anpassungsvorschriften

Beitragsanpassung (zu § 8 b Teil I und II)

Ergänzend zu § 8 b Teil II können bei einer Veränderung der Versicherungsleistungen von mehr als 5 % alle Tarifbeiträge der betroffenen Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.

D Sonstige Bestimmungen

1 Als Kostennachweis für die gesetzlichen Zuzahlungen sowie für die Hilfsmittelerstattung ist eine Kopie der ärztlichen Verordnung mit dem Quittungsvermerk des Leistungserbringers vorzulegen.

2 Zustehende Leistungsansprüche gegenüber der GKV sind zu beanspruchen und dürfen nicht aufgegeben werden.

Sind zustehende Geld- bzw. Sachleistungen der GKV für die im Tarif GE-TOP bzw. R-GE-TOP genannten Leistungen nicht in Anspruch genommen worden, so werden aus dem Tarif GE-TOP bzw. R-GE-TOP für diese Leistungen ebenfalls keine Erstattungen vorgenommen.

3 Die Höhe der GKV-Vorleistung ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der GKV auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV ist dies durch eine Bescheinigung der GKV zu bestätigen.

4 Belege können einzeln oder gesammelt jederzeit eingereicht werden. Sofern mehr als einmal pro Kalenderjahr der Gesamtrechnungsbetrag je Leistungsabrechnung den Betrag von 200 EUR unterschreitet, werden zusätzlich vom Erstattungsbetrag 20 EUR abgezogen, maximal jedoch der tatsächliche Erstattungsbetrag.

E Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-GE-TOP

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Ziffer A, B, C und D gelten für den Tarif R-GE-TOP noch folgende Bestimmungen.

1 Versicherungsfähig sind Personen,

- die in der Ausbildung zu einem Beruf stehen und keine Dienstbezüge nach einer Besoldungsordnung oder Vergütung nach einem Tarifvertrag (mit Ausnahme von Beamtenanwärterbezügen bzw. Ausbildungsvergütungen) erhalten
- die eine Schulausbildung an weiterführenden Schulen oder ein Studium absolvieren und keine Berufstätigkeit ausüben
- die nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 SGB V Anspruch auf Familienversicherung haben. Dieser Anspruch auf Familienversicherung ist dem Versicherer nachzuweisen; das Gleiche gilt für den Fortfall dieses Anspruchs.

sowie deren nicht berufstätige Ehegatten ohne eigene steuerpflichtige Einkünfte.

2 Die Versicherungsfähigkeit erlischt mit Ablauf des Monats, in dem die Ausbildung bzw. Schul-, Studienzeit oder der Anspruch auf Familienversicherung endet oder um mehr als sechs Monate unterbrochen wird, spätestens jedoch mit der Vollendung des 34. Lebensjahres. Für mitversicherte Ehegatten erlischt sie außerdem ab Beginn des Monats, in dem eigene steuerpflichtige Einkünfte erzielt werden.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Fortfall einer der vorgenannten Voraussetzungen innerhalb von vier Wochen anzuzeigen.

3 Nach Fortfall der Versicherungsfähigkeit wird die Versicherung ohne Sonderbedingungen fortgeführt. Für die Höhe der Beiträge ist das zu diesem Zeitpunkt erreichte Alter maßgebend.

Will der Versicherungsnehmer die Versicherung nicht weiterführen, kann er den Vertrag innerhalb eines Zeitraums von zwei Monaten nach der Beitragserhöhung durch schriftliche Mitteilung zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung beenden.

4 Abweichend von § 3 Teil I entfallen die Wartezeiten.

5 Für die Zeit der Versicherung aufgrund dieser Sonderbedingungen richten sich die monatlichen Beitragsraten nach dem jeweiligen Lebensalter. Von dem auf die Vollendung des 20., 25. bzw. 30. Lebensjahres folgenden Monatsersten an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Diese Beitragserhöhung aufgrund des Alterwerdens gilt nicht als Beitragserhöhung im Sinne von § 8 a (2) Teil I.

Die Bestimmungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.