

Teil III Tarif EGZ Ergänzungstarif für GKV-Versicherte

EGZ

Der Tarif EGZ gilt 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)

1.1 Versicherungsfähig nach Tarif EGZ sind Personen, die bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Wenn diese Voraussetzung nicht mehr gegeben ist, so ist das dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Dann endet die Versicherung mit dem Ende des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

1.2 Abweichend von § 1 (4) Teil I und II endet der Versicherungsschutz nach Abschnitt B 1.5 - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit Ende der Reise, spätestens sechs Wochen nach Reisebeginn.

Ist die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich, besteht weiterhin Versicherungsschutz, solange der Versicherte die Rückreise nicht ohne Gefährdung für die Gesundheit antreten kann, längstens aber für vier Wochen.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen für Leistungen nach Abschnitt B 1.5.

B Leistungen des Versicherers

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

1.1 Zahnersatz

Erstattet werden im Rahmen der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 35 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Zahnersatzleistungen (zahntechnische Leistungen und zahnärztliche Behandlung).

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

Die tariflichen Leistungen sind im ersten Versicherungsjahr auf höchstens 380 EUR und im zweiten Versicherungsjahr auf höchstens 630 EUR begrenzt. Die Begrenzung der tariflichen Leistungen während der ersten beiden Versicherungsjahre entfällt für erstattungsfähige Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

1.2 Sehhilfen

Erstattungsfähig sind Kosten für Brillengestelle bis zu 110 EUR sowie Kosten für Brillengläser und Kontaktgläser. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag ist um eventuelle Vorleistungen eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung zu kürzen.

Der verbleibende Betrag wird zu 75 % erstattet, und zwar stets, wenn eine Vorleistung durch einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung vorliegt. Sind die Voraussetzungen für die Leistung der GKV nicht erfüllt, werden die tariflichen Leistungen erstattet, sofern eine Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien vorliegt. Wird keine der Voraussetzungen erfüllt, besteht Anspruch auf Erstattung einer Sehhilfe alle 3 Kalenderjahre.

1.3 Behandlungen durch Heilpraktiker

Erstattet werden bis zu maximal 440 EUR im Kalenderjahr die Kosten für Behandlungen und Verordnungen durch Heilpraktiker, und zwar

zu 80 % bis zu einem Rechnungsbetrag von 275 EUR

und darüber hinaus

zu 40 % bis zu einem Rechnungsbetrag von 825 EUR.

Leistungen des Heilpraktikers werden erstattet im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH 85) für wissenschaftlich anerkannte Heilmethoden. 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, homöopathische Behandlung, Phytotherapie, Neuraltherapie.

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

1.4 Kurtagegeld

Bei einer ärztlich verordneten Behandlung in einem Kur- oder Badeort sowie einer Heilstätte (Sanatorium) wird ein Tagegeld von 5,50 EUR gezahlt.

Die Tagegeldleistung ist zeitlich begrenzt auf maximal 28 Tage innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren.

1.5 Heilbehandlung bei Auslandsreisen

Erstattet werden bei vorübergehenden Reisen bis zu jeweils sechs Wochen Dauer die im Ausland durch akut aufgetretene Erkrankungen oder Unfälle entstandenen erstattungsfähigen Kosten für ambulante Heilbehandlung und stationäre Krankenhausbehandlung sowie die erstattungsfähigen Kosten eines Krankenrücktransports bzw. bei Tod der versicherten Person die erstattungsfähigen Bestattungs- und Überführungskosten.

Als Ausland gelten alle Länder der Erde mit Ausnahme des jeweiligen Staatsgebietes, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.

Zu den erstattungsfähigen Leistungen bei Auslandsreisen zählen die Kosten für:

1.5.1 Ambulante ärztliche Leistungen

Die Leistungen von Ärzten umfassen insbesondere Beratungen, Besuche, Untersuchungen, Sonderleistungen und ambulante durchgeführte Operationen einschließlich Narkose, lokaler Betäubung, ärztlicher Assistenz und Sachkosten sowie Wegegebühren.

1.5.2 Röntgendiagnostik und Strahlentherapie

Die Röntgendiagnostik umfasst Aufnahmen und Durchleuchtungen einschließlich Sachkosten, die Strahlentherapie sowie Röntgen- und Radiumbehandlung einschließlich Sachkosten.

1.5.3 Medikamente und Verbandmittel

Arzneimittel, die aufgrund ärztlicher Verordnung aus einer Apotheke bezogen werden. In gleicher Weise wird für Verbandmaterial geleistet. Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Entfettungs-, Schlaf- und Abführmittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel u.ä. sowie Mittel, die gewohnheitsmäßig genommen werden.

1.5.4 Physikalisch-medizinische Leistungen

Ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen, Inhalationen, medico-mechanische Behandlungen, Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stromes.

1.5.5 Zahnleistungen

Zahnbehandlungen, und zwar nur für schmerzstillende Behandlung, notwendige Füllungen in einfacher Ausfertigung sowie Reparaturen von Prothesen.

Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie.

1.5.6 Stationäre Behandlung im Krankenhaus

Erstattungsfähig sind die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung sowie die Kosten für notwendige Kranken Transporte.

1.5.7 Rückführungskosten

Rückführungskosten bei schwerer Erkrankung bzw. Unfall. Für eine aus medizinischen Gründen notwendige und ärztlich angeordnete Rückführung der versicherten Person (nicht der Begleitperson) an deren ständigen Wohnsitz oder - sofern wegen der Art der Erkrankung oder Verletzung erforderlich - an einen anderen Ort innerhalb der Bundesrepublik Deutschland werden Mehrkosten erstattet, die durch die vom Arzt angeordnete Art des Rücktransportes entstehen.

Medizinisch notwendig ist eine Rückführung dann, wenn am Aufenthaltsort im Ausland oder in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Versorgung nicht möglich ist und deshalb eine weitere Gesundheitsschädigung befürchtet werden muss.

Sofern sich der Versicherte im Ausland in einem Krankenhaus in stationärer Behandlung befindet, werden auch bei nicht ausreichend begründeter medizinischer Notwendigkeit des Rücktransportes die Mehrkosten dann erstattet, wenn wegen der Schwere der Erkrankung eine stationäre Weiterbehandlung im Inland notwendig ist.

1.5.8 Bestattungskosten - Überführungskosten

Beim Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung im Ausland oder der Überführung an deren ständigen Wohnsitz bis zu 11.000 EUR erstattet.