

Teil III Tarife GE und R-GE

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

GE

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

Teil I Musterbedingungen MB/KK 2008

Teil II SIGNAL Tarifbedingungen

A Allgemeine Bestimmungen

1 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Teil I und II)

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

1.2 Das Aufnahmehöchstalter ist 60 Jahre. Für Umwandlungen gemäß § 1 (6) Teil I gibt es keine Altersgrenze.

1.3 Abweichend von § 1 (4) Teil I und II endet der Versicherungsschutz nach Abschnitt B 1.4 - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung einer Auslandsreise bzw. nach Ablauf der 6. Woche einer Auslandsreise. Ist eine versicherte Person nachweislich infolge Krankheit oder Unfall zu diesem Zeitpunkt im Ausland transportunfähig, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

2 Wartezeiten (zu § 3 Teil I und II)

Die Wartezeiten entfallen für Leistungen nach Abschnitt B 1.4.

Die Wartezeiten für Zahnersatz nach B 1.2 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 Sehhilfen

Die nach Vorleistung durch die GKV verbleibenden Kosten für Sehhilfen (Brillen einschließlich Gläser, Kontaktlinsen) werden bis zu 165 EUR erstattet. Sind die Voraussetzungen für die Leistung der GKV nicht erfüllt, besteht aus diesem Tarif ebenfalls ein Anspruch bis zu 165 EUR, falls eine Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien vorliegt, ansonsten alle drei Kalenderjahre.

1.2 Zahnersatz

Erstattungsfähig sind im Rahmen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) 20% der Kosten für Zahnersatz (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays) einschließlich Reparaturen, wiederherstellende Maßnahmen sowie implantatologische Leistungen.

In Zusammenhang mit Zahnersatz stehende Röntgenaufnahmen nach den Ziffern Ä 5000-5004, gnathologische Leistungen, Injektionen und Aufbaufüllungen werden ebenfalls im Rahmen der GOZ zu 20% erstattet, soweit kein Leistungsanspruch für diese Leistungen gegenüber der GKV besteht.

Die Kosten für Implantologie sind begrenzt auf max. 6 Implantate pro Kiefer einschließlich vorhandener Implantate. Pro Implantat (einschließlich aller damit in Zusammenhang anfallenden zahnärztlichen und kieferchirurgischen Leistungen - z.B. knochenaufbauende/vermehrende Maßnahmen - sowie Materialkosten) wird ein Rechnungsbetrag (RB) bis max. 1.000 EUR anerkannt (Beispiel: RB = 1.250 EUR, anerkannter RB = 1.000 EUR, Erstattung (20 %) = 200 EUR).

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.

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

Die tariflichen Leistungen sind im ersten Versicherungsjahr auf 200 EUR, im zweiten Versicherungsjahr auf 300 EUR, im dritten Versicherungsjahr auf 400 EUR und im vierten Versicherungsjahr auf 500 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.

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.

1.3 Kurtagegeld

Für die Dauer einer Vorsorge- oder Rehabilitationskur wird ein Kurtagegeld von 8,25 EUR gezahlt, längstens jedoch für 28 Tage innerhalb von 3 Jahren. Voraussetzung für diese Leistung ist, dass die Kosten der Kur aufgrund öffentlich-rechtlicher Vorschriften getragen oder bezuschusst worden sind.

1.4 Heilbehandlung bei Auslandsreisen

Erstattet werden bei vorübergehenden Reisen bis zu jeweils 6 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- oder 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 für Auslandsreisen zählen die Kosten für:

1.4.1 Ambulante ärztliche Leistungen

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

1.4.2 Röntgendiagnostik und Strahlentherapie

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

1.4.3 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.

1.4.4 Physikalisch-medizinische Leistungen

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

1.4.5 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.

1.4.6 Stationäre Behandlung im Krankenhaus

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

1.4.7 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.

1.4.8 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.

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 Sonderbedingungen für Ausbildungszeiten nach Tarif R-GE

Ergänzend zu den Tarifbestimmungen gemäß Ziffer A, B und C gelten für den Tarif R-GE 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 6 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 2 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.