

Tarif KENÜ - Ergänzungsversicherung für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(Stand: 01.01.2009)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen TB/KK 2009)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1. **Sehhilfen** **100 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen, bis zu **180 Euro** innerhalb von 24 Monaten. (Ein Anspruch auf Leistung für den erneuten Bezug einer Sehhilfe entsteht 24 Monate nach dem letzten Bezug). Die zeitliche Begrenzung gilt nicht bei Änderung der Sehkraft um mindestens 0,5 Dioptrien. Soweit Anspruch gegeben ist, sind Leistungen aus der GKV zuerst in Anspruch zu nehmen. Diese werden auf die Erstattung angerechnet.

2. **Krankentransport** **100 %** der nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Restkosten für Krankentransport, bis zu **105 Euro** Erstattungsbetrag im Kalenderjahr.

3. **Zahnersatz** **20 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen, jedoch zusammen mit den Leistungen der privaten Krankenversicherung (PKV) und der GKV begrenzt auf 80 % des Rechnungsbetrages für
 - prothetische Leistungen, Brücken und Zahnkronen,
 - funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
 - implantologische Leistungen,
 - zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

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

2.050 Euro im 1. - 2. Versicherungsjahr,
4.100 Euro im 1. - 3. Versicherungsjahr,
10.250 Euro pro Jahr ab dem 4. Versicherungsjahr.

Wird ab dem 4. Versicherungsjahr vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan eingereicht, werden Rechnungsbeträge bis zu **20.500 Euro** pro Jahr im Rahmen des o. g. tariflichen Satzes erstattet. Bei unfallbedingten Aufwendungen betragen die vorgenannten Höchstgrenzen in jedem der ersten drei Versicherungsjahre **10.250 Euro** pro Jahr.

Verblendungen im hinteren Zahnbereich (Zahn 7 und 8) sind von der Erstattung ausgenommen. Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Die im bisherigen Tarif zurückgelegte Versicherungsdauer wird angerechnet, sofern dieser Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung vorsieht.

4. **Behandlung im Ausland** **100 %** der Aufwendungen für Heilbehandlung im Ausland während der ersten 6 Wochen eines jeden Auslandsaufenthalts bei akut eintretender Behandlungsbedürftigkeit, einschließlich der Aufwendungen für
 - einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport,
 - eine Überführung bei Tod einer versicherten Person während der Reise aus dem Ausland zum Wohnsitz vor Beginn der Reise, bis zu einem Rechnungsbetrag von **5.500 Euro** aus dem europäischen bzw. **11.000 Euro** aus dem außereuropäischen Ausland oder
 - die Beisetzung im Ausland bei Tod während des Auslandsaufenthaltes bis zu der Höhe, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterungen

1. Werden keine Vorleistungen der GKV nachgewiesen, so besteht nach diesem Tarif keine Leistungspflicht für die Kostenart A.2.
2. Restkosten für Krankentransport sind erstattungsfähig, wenn der Versicherte zum und vom nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus transportiert wird und dies medizinisch notwendig und verordnet ist.

3. Als Heilbehandlung im Ausland gelten
 - ärztliche Behandlung,
 - ärztliche Untersuchung und Behandlung bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Früh- und Fehlgeburt,
 - Arznei- und Verbandmittel,
 - Heilmittel,
 - 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,
 - Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus,
 - schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie einfache Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Zahnersatz, Zahnkronen und kieferorthopädische Behandlung.

4. Als Ausland gilt das Gebiet außerhalb der Bundesrepublik Deutschland. Ist die Rückreise bzw. der Rücktransport innerhalb der in A.4 genannten Frist aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle bis zum Eintritt der Rückreise-/Transportfähigkeit.

5. Ein medizinisch notwendiger Rücktransport liegt vor, wenn aus Krankheitsgründen die Benutzung einer besonderen Krankentransporteinrichtung (z. B. Krankenwagen, Krankenliege im Flugzeug) notwendig ist und 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. Der Rücktransport ist mit dem Versicherer abzustimmen. Mitversichert sind auch die Reisekosten für eine Begleitperson, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich und ärztlich verordnet ist. Die durch den Rücktransport ersparten Fahrtkosten werden auf die Leistungen angerechnet.

6. 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.

7. Als Kostennachweis gilt
 - bei Zuzahlungen für Krankentransport die Zahlungsaufforderung und der Zahlungsbeleg bzw. eine mit dem Erstattungsvermerk der Krankenkasse versehene Bescheinigung im Original.

C. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

Erläuterungen

Versicherungsfähig sind Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder als Familienangehöriger bei der GKV versichert sind. Bei Ausscheiden aus der GKV endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif zum Schluss des laufenden Monats.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend. Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, die für Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der entsprechende Beitrag des nächsthöheren Lebensalters zu zahlen.

E. Anpassung des Versicherungsschutzes

Erläuterungen

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Abs. 1 MB/KK 2009 berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge/Prozentsätze mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen anzupassen. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.