

Tarif ES

Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Musterbedingungen 2008 (MB/KK 2008) mit Tarifbedingungen 2008 (TB/KK 2008).

A. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 Muster- und Tarifbedingungen)

Erstattet werden:

1. Heilmittel 100 %

des gesetzlichen Eigenanteils nach Vorleistung der GKV. Als Heilmittel gelten: Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Massagen u. dgl. sowie medizinische Bäder jeder Art.

2. Brillen 100 % bis 180 EUR

der Kosten für Brillen einschließlich Brillengläser.

2.1. Erfolgt keine Vorleistung durch die GKV, entsteht ein Anspruch auf die Leistung für den erneuten Bezug einer Brille frühestens nach 24 Monaten seit dem letzten Bezug oder bei Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien.

2.2. Erfolgt eine Vorleistung durch die GKV, so werden nur die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Kosten erstattet.

Die Erstattung ist auf **180 EUR** pro Kalenderjahr begrenzt.

3. Zahnersatz 25 %

der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz einschl. Reparaturen und Wiedereingliederungsmaßnahmen. Als erstattungsfähige Aufwendungen gelten die Rechnungsbeträge, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen oder soweit der Zahnersatz im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung erbracht wird.

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschl. Brücken und Kronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

Aufwendungen für Inlays und Implantate werden nicht erstattet.

Erstattungsfähig im Rahmen dieser medizinisch notwendigen Heilbehandlung sind weiterhin zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*¹ aufgeführt sind und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet werden. Der Versicherer kann das Preis- und Leistungsverzeichnis abändern, um die Erstattung der angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ) sicherzustellen.

Zur Erstattung von Leistungen für Zahnersatz muss dem Versicherer zusammen mit der Rechnung ein von der gesetzlichen Krankenversicherung genehmigter und abgerechneter **Heil- und Kostenplan** des Zahnarztes vorgelegt werden. Die Gesamterstattung einschließlich der Vorleistung darf 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nicht überschreiten.

Übersteigt der zu erwartende Rechnungsbetrag für Zahnersatz 2.000 EUR, so ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Der Versicherer verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und über die zu erwartende Versicherungsleistung Auskunft zu geben. Bei fehlender vorheriger Zusage des Versicherers verringern sich die tariflichen Leistungen auf die Hälfte.

*) Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigelegt.

4. Krankenhausbehandlung 100 %

des gesetzlichen Eigenanteils nach Vorleistung der GKV für längstens 28 Tage innerhalb eines Kalenderjahres.

Die für Unterkunft und Verpflegung anfallenden Mehrkosten des Mehrbettzimmers ohne privatärztliche Leistungen werden zu

100 %

erstattet, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland aufsucht.

Zugunsten der versicherten Person verzichtet der Versicherer auf die Anwendung des § 4 (5) MB/KK 2008.

5. Auslandsreisen

Ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland während maximal 6-wöchiger Reisen wird zu

100 %

erstattet. Als Heilbehandlung gelten:

- a) ärztliche Behandlung einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Behandlung wegen Fehlgeburt; nicht aber psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung, Schwangerschaftsunterbrechungen und Entbindungen (mit Ausnahme von Frühgeburten);
- b) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel. Als Medikamente gelten nicht - auch wenn sie ärztlich verordnet sind - Nähr-, Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate;
- c) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
- d) ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen;
- e) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles notwendig werden;
- f) Röntgendiagnostik;
- g) stationäre Behandlung, sofern diese in einer Anstalt erfolgt, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt;
- h) Transport zum für die Behandlung geeigneten nächsterreichbaren Krankenhaus bzw. Arzt und zurück;
- i) Operationen.

Erfordert eine Erkrankung, für die Versicherungsschutz besteht, während des Auslandsaufenthaltes über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus Heilbehandlung, so besteht die Leistungspflicht für die Heilbehandlungskosten weiter, sofern die Rückreise wegen nachgewiesener Transportunfähigkeit nicht möglich ist. Die Kosten für die Heilbehandlung werden jedoch nur bis zum Tage der Transportfähigkeit, längstens jedoch bis zur Dauer von vier Wochen über das Ablaufdatum des Versicherungsschutzes hinaus (vorübergehende Reisen bis zu 6 Wochen Dauer), übernommen.

Erstattet werden ferner

100 %

- der Aufwendungen für schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen). Kein Leistungsanspruch besteht für Zahnersatz, Stiftzähne, Metallgussfüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung;
- der über die bei planmäßiger Rückreise hinaus entstehenden Kosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport;
- der Überführungskosten beim Tod einer versicherten Person während der Reise bis zu **10.230 EUR**;
- der Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu **10.230 EUR**.

Bei Reisen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden, besteht kein Versicherungsschutz.

Für eine versicherte Person, die EU-Ausländer ist (die also weder die deutsche Staatsangehörigkeit noch diejenige eines anderen EU-Staates hat), besteht im Land ihrer Staatsangehörigkeit oder eines (weiteren) ständigen Wohnsitzes kein Versicherungsschutz im Sinne von A. 5. Für eine versicherte Person, die die Staatsbürgerschaft eines EU-Staates besitzt, besteht in diesem Staat nur dann Versicherungsschutz im Sinne von A. 5., falls diese versicherte Person einen ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat.

Für die Leistungen gemäß A. 5. verzichtet der Versicherer auf die Erfüllung der Wartezeiten gem. § 3 der Musterbedingungen.

B. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif ES können Personen versichert werden, die bei der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der Bundesrepublik Deutschland versichert sind und die Anspruch auf ärztliche oder zahnärztliche Behandlung bei Vorlage eines Kranken- oder Berechtigungsscheines bzw. einer entsprechenden Chipkarte haben.

Entfällt diese Voraussetzung oder endet die Mitgliedschaft bei der GKV, so endet die Versicherung für die betreffende versicherte Person zum Ende des Monats, in dem der Wegfall der Voraussetzungen eingetreten ist.

C. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der Tarifbedingungen.