

Ergänzungstarif **EG basis**

Ergänzungstarif für Mitglieder
gesetzlicher Krankenversicherungen (GKV-Versicherte)

Ergänzungstarif für Mitglieder gesetzlicher Krankenversicherungen (GKV-Versicherte)

EG basis

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) umfassen diesen Tarif sowie (in einem gesonderten Druckstück) die Musterbedingungen 2009 – MB/KK 2009 – des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER.

A Leistungen des Versicherers

1. Sehhilfen

1.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen),

jedoch nach Vollendung des 14. Lebensjahres nur bei Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien.

1.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden je Sehhilfe zu 80% ersetzt, höchstens jedoch je Leistungsfall

bis zum vollendeten 14. Lebensjahr 80,- EUR,
ab dem vollendeten 14. Lebensjahr 160,- EUR.

2. Zahnärztliche Heilbehandlung

2.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

Zahnärztliche Leistungen einschließlich

- Einlagefüllungen,
- Zahnkronen,
- Zahnersatz (zum Beispiel Brücken, Prothesen),
- funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen,
- Kieferorthopädie,

soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Zahntechnische Laborarbeiten und Materialien,

soweit die dafür in Rechnung gestellten Beträge im Rahmen der in Deutschland üblichen¹ Preise berechnet sind und bei zahnärztlichen Leistungen anfallen, für die Aufwendungen nach Nr. 2.1 erstattungsfähig sind.

2.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen, deren Art und Umfang sich im Einzelnen aus Nr. 2.1 ergeben, werden zu 20% des Rechnungsbetrages ersetzt, zusammen mit der Vorleistung der GKV und weiterer privater Zusatzversicherungen insgesamt jedoch nicht mehr als 90%. Leistungen anderer Versicherungsträger sind nachzuweisen.

2.3 Wir empfehlen Ihnen, vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

¹ Sind zwischen den Innungsverbänden der Zahntechniker und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen Höchstpreise vereinbart, gelten diese als üblich.

3. Leistungen bei Auslandsaufenthalt² bis zu 6 Wochen

3.1 Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den folgenden Bestimmungen:

3.1.1 Ambulante Heilbehandlung

Die folgenden Aufwendungen für

- a) ärztliche Leistungen,
- b) Arznei- und Verbandmittel,
- c) Hilfsmittel, die erstmals aufgrund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalles erforderlich werden;
- d) Heilmittel, das sind physikalisch-medizinische Leistungen (wie Wärmebehandlung, Elektrotherapie), wenn sie von einem in eigener Praxis tätigen Physiotherapeuten ausgeführt werden;
- e) Transport zum nächsterreichbaren Arzt oder Krankenhaus durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall

ersetzen wir zu 100%.

Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten frei. Arznei- und Verbandmittel, Hilfs- und Heilmittel müssen von diesen Ärzten verordnet werden, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke oder von einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

3.1.2 Stationäre Heilbehandlung

Die folgenden Aufwendungen für

- a) ärztliche Leistungen,
- b) Krankenhausleistungen einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung,
- c) einen Transport zum nächsterreichbaren anerkannten Krankenhaus durch anerkannte Rettungsdienste

ersetzen wir zu 100%.

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung ist von der versicherten Person das nächsterreichbare, im Aufenthaltsland allgemein anerkannte Krankenhaus aufzusuchen, das unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische sowie therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt.

Die Einschaltung des Notrufservices ist unverzüglich vor oder bei Aufnahme in das Krankenhaus erforderlich (weitere Informationen erhalten Sie unter Nr. 3.2; zur Erstattung der Telefonkosten siehe auch Nr. 3.1.4 e)).

3.1.3 Zahnärztliche Heilbehandlung

Die folgenden Aufwendungen für

- a) schmerzstillende Behandlung im Mund- und Zahnbereich, Zahnfüllung mit plastischem Material,

ersetzen wir zu 100%.

Außerdem ersetzen wir die folgenden Aufwendungen für

- b) provisorische Zahnkronen und für provisorischen, herausnehmbaren Zahnersatz infolge eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalles sowie
- c) Reparaturen an vorhandenem Zahnersatz

zu 50% des Rechnungsbetrages, maximal jedoch insgesamt 250,- EUR.

Bitte beachten Sie: Alle sonstigen zahnmedizinischen Leistungen sowie die dabei anfallenden zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien stehen nicht unter Versicherungsschutz.

Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Ärzten oder Zahnärzten frei.

² Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält; die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland (s. Nr. 3.3).

3.1.4 Sonstige Leistungen

a) Rückführung

Bei einer medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rückführung aus dem Ausland erstatten wir die Mehrkosten des Rücktransportes der versicherten Person – das sind die Kosten, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich entstehen – wenn die verursachten Mehrkosten sowie die medizinische Notwendigkeit nachgewiesen werden (siehe auch Nr. 3.2).

Die Rückführung muss an den ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder in ein Krankenhaus in Deutschland erfolgen. Bei Rückführung in ein Krankenhaus sind die erstattungsfähigen Mehrkosten auf diejenigen beschränkt, die bei einer Rückführung an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus entstanden wären. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Die Aufwendungen ersetzen wir zu 100%, wenn vor Durchführung des Rücktransportes bei uns bzw. bei unserem Notrufservice eine Leistungszusage (siehe Nr. 3.1.4 e) und Nr. 3.2) eingeholt wird. Sofern vor Durchführung des Rücktransportes keine Leistungszusage eingeholt wird, ersetzen wir die nachgewiesenen Mehrkosten des Rücktransportes zu 80%.

Ohne Nachweis ihrer medizinischen Notwendigkeit erstatten wir die Mehrkosten einer Rückführung der versicherten Person bis 500,- EUR, wenn nach ärztlichem Befund eine nach dem vorliegenden Tarif unter Versicherungsschutz stehende stationäre Heilbehandlung am Aufenthaltsort voraussichtlich länger als 14 Tage dauern würde.

b) Todesfall im Ausland

Stirbt die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes, erstatten wir die unmittelbaren Kosten einer Überführung des Verstorbenen an seinen letzten ständigen Wohnsitz oder die im Falle einer Beisetzung im Ausland entstandenen Bestattungskosten bis zu 10.000,- EUR.

c) Krankenhaustagegeld

Bei stationärer Heilbehandlung im Ausland können Sie zwischen Ersatz der erstattungsfähigen Aufwendungen und einem Krankenhaustagegeld von 25,- EUR pro Tag des Krankenhausaufenthaltes wählen.

d) Transport von Blutkonserven und Arzneimitteln

Fehlen zur Heilbehandlung Blutkonserven oder sind lebensnotwendige Arzneimittel gestohlen worden bzw. verdorben, so erstatten wir die Kosten Ihres den Umständen angemessenen Transportes von der nächstgelegenen Abgabestelle (Apotheke, Krankenhaus oder andere behördlich zugelassene Abgabestellen) bis zur versicherten Person zu 100%.

e) Telefonkosten

Telefonkosten, die bei der ersten Kontaktaufnahme mit uns bzw. mit unserem Notrufservice entstehen, werden insgesamt pauschal ohne Einzelnachweis in Höhe von jeweils 10,- EUR erstattet, wenn sie anlässlich einer stationären Heilbehandlung nach Nr. 3.1.2 bzw. bei einer Rückführung aus dem Ausland nach Nr. 3.1.4 a) anfallen.

3.2 Bei Eintritt des Versicherungsfalles sollten Sie bzw. die versicherte Person unseren Notrufservice (Telefonnummer +49 (0) 4441 / 905 - 4441) zur Beratung und Unterstützung einschalten. Erforderlich ist dies insbesondere vor einem zu erwartenden stationären Aufenthalt (siehe Nr. 3.1.2), damit wir Ihnen z. B. ein geeignetes Krankenhaus suchen können und Sie nicht in Vorleistung der Krankenhauskosten treten müssen. Bei Rückführung aus dem Ausland muss der Notrufservice zur Vermeidung von Leistungseinschränkungen (siehe Nr. 3.1.4 a)) in jedem Fall eingeschaltet werden.

Der Anspruch auf Leistungen für die Mehrkosten einer Rückführung ist durch Kostenbelege sowie für Überführungs- bzw. Bestattungskosten zusätzlich durch die amtliche Sterbeurkunde zu begründen.

- 3.3** Für die in Nr. 3.1.1 bis 3.1.4 genannten Leistungen gelten an Stelle teilweise anders lautender Bestimmungen der AVB folgende Regelungen:

zu § 1 Abs. 4 MB/KK 2009:

Für Auslandsreisen, die zum Zwecke einer Heilbehandlung unternommen werden, besteht kein Versicherungsschutz.

Als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz unterhält; die Bundesrepublik Deutschland gilt nicht als Ausland.

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung eines Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch nach Ablauf der sechsten Woche des Auslandsaufenthaltes bzw. mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Kann die versicherte Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen nicht bis zur Beendigung des Versicherungsschutzes zurückreisen, verlängert sich die Leistungspflicht für den bereits eingetretenen Versicherungsfall so lange, bis die versicherte Person wieder transportfähig ist.

zu § 3 Abs. 2 und 3 MB/KK 2009:

Für Behandlung bei Urlaub im Ausland entfallen die dreimonatige Wartezeit und die achtmonatige Wartezeit für Zahnbehandlung.

zu § 5 Abs. 1 Buchst. a) MB/KK 2009:

Der Leistungsausschluss für solche Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht wurden, setzt die aktive Teilnahme an Kriegsereignissen oder an inneren Unruhen voraus.

- 3.4 Über die Einschränkungen des § 5 Abs. 1 MB/KK 2009 hinaus besteht keine Leistungspflicht für**

- a) Krankheiten, von denen für die versicherte Person erkennbar bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise behandelt werden müssen, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- b) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- c) psychische, psychogene und psychosomatische Krankheiten;
- d) Aufwendungen anlässlich einer der versicherten Person vor Antritt der Reise bekannten Schwangerschaft, für Schwangerschaftsabbruch, Entbindung sowie für Wochenbetterkrankungen und deren Folgen. Versichert ist jedoch die Behandlung von für die Versicherte nicht vorhersehbaren, akut eingetretenen Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburten vor Beendigung der 32. Schwangerschaftswoche und Fehlgeburten. Für die medizinisch notwendige Heilbehandlung des Frühgeborenen im Rahmen der Frühgeburt besteht insoweit auch Versicherungsschutz.

B Sonstiges

4. Anpassung des Versicherungsschutzes

- 4.1** Im Zuge einer Beitragsanpassung (siehe § 8b MB/KK 2009) können mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders die im Tarif EG basis genannten betraglichen Leistungsgrenzen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, der Entwicklung des marktüblichen Preisniveaus der jeweiligen Leistungsposition angepasst werden. Änderungen nach Satz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.
- 4.2** Der Versicherer kann auf dem Tarif EG basis aufbauende Tarife (Aufbaustufen) einführen, wenn in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Leistungseinschränkungen vorgenommen werden. Hat der Versicherer eine solche Entscheidung getroffen, kann innerhalb von 2 Monaten nach Bekanntgabe der Einführung zum Ersten des folgenden Monats – jedoch nicht vor dem Wirksamwerden der Leistungseinschränkung in der GKV – die neue Aufbaustufe beantragt werden. Anspruch auf die zusätzlichen Tarifleistungen besteht dann ohne erneute Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten.

5. Option auf Höherversicherung

Die versicherte Person hat das Recht, eine Umstellung im Sinne des § 1 Abs. 6 MB/KK 2009 in Tarife der Krankheitskostenvollversicherung, nach denen sie versicherungsfähig ist und die für den Neuzugang geöffnet sind, zu verlangen.

Bei Übergang auf den höherwertigen Versicherungsschutz wird für die gegenüber dem Tarif EG basis eintretenden Mehrleistungen eine erneute Risikoprüfung vorgenommen. Auf § 2 MB/KK 2009 über den Beginn des Versicherungsschutzes und § 3 MB/KK 2009 über die Wartezeiten wird verwiesen.

6. Versicherungsfähigkeit

6.1 Versicherungsfähig sind alle Personen, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Der Mitgliedschaft in der deutschen GKV steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung bzw. die Versicherung im Basistarif BT bei einem Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV).

6.2 Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung nach Tarif EG basis endet mit dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit, jedoch nicht vor dem Ende des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

C Leistungen des Versicherungsnehmers

7. Monatliche Beitragsraten

7.1 Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

7.2 Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der zu versichernden Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns (§ 8 Abs. 1 MB/KK 2009). Für die versicherte Person, die das 14. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des folgenden Kalenderjahres der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.

7.3 Zusätzlich zur tariflichen monatlichen Beitragsrate ist von den Erwachsenen der gesetzliche Zuschlag gemäß § 149 VAG zu entrichten, sofern bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen eine substitutive Krankenversicherung besteht. Der Zuschlag beträgt 10% der Bruttoprämie und wird bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person ihr 60. Lebensjahr vollendet, erhoben.

Bei einer Änderung der Tarifbeiträge im Rahmen des § 8b der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) ändert sich auch der gesetzliche Zuschlag entsprechend.

Gültig in Verbindung mit AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG

Stand 01/2017