

Wesentliche Merkmale des Tarifs DeTe/Gruppe

Ambulante Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung für Sehhilfen bis 160 € bzw. 300 € in Abhängigkeit der Tarifstufe
- 80% Kostenerstattung für Heilpraktikerbehandlung mit Rechnungshöchstbeträgen in der Tarifstufe Premium (DeTe 3)

Zahnärztliche Leistungen

- 30% Kostenerstattung für Zahnersatz mit Rechnungshöchstbeträgen
- 30% Kostenerstattung für Inlays mit Rechnungshöchstbeträgen in den Tarifstufen Classic (DeTe 2) und Premium (DeTe 3)

Behandlung im Ausland

- 100% Kostenerstattung für medizinisch notwendige Heilbehandlung für Auslandsreisen von einer Dauer von bis zu 8 Wochen (ambulant, stationär, Zahn, Auslandsrücktransport)

	Standard DeTe 1	Classic DeTe 2	Premium DeTe 3
1. Zahnersatz (ambulant)	✓	✓	✓
2. Sehhilfen	✓	✓	✓
3. Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten einschließlich Rücktransport und Überführung bzw. Bestattung im Ausland	✓	✓	✓
4. Inlays		✓	✓
5. Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker			✓

Tarif DeTe/Gruppe

Krankheitskosten-Zusatzversicherung

für Mitglieder einer gesetzlichen Krankenversicherung

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Fassung Januar 2009

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie den zugehörigen Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung.

I. Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle nach einem Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personen aufgenommen werden, sofern sie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

II. Versicherungsleistungen

Vorleistungen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder andere Kostenträger zu erbringen haben, sind in voller Höhe in Anspruch zu nehmen und nachzuweisen.

1. Zahnleistungen

1.1 Zahnersatz (ambulant)

Hierzu gehören die bei Zahnersatz ambulant entstehenden Aufwendungen für das zahnärztliche Honorar und für angemessene Material- und Laborkosten. Als Zahnersatz gelten Prothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Reparatur von Zahnersatz sowie Implantate.

Im Zusammenhang mit Implantaten werden darüber hinaus auch gegebenenfalls erforderliche chirurgische Maßnahmen, die

notwendig sind, um den Kieferknochen für die Aufnahme der Implantate aufzubereiten, erstattet.

In den Tarifstufen Classic (DeTe 2) und Premium (DeTe 3) gehören auch Inlays zum Zahnersatz. Inlays sind Einlagefüllungen aus Metall, Keramik oder Kunststoff. Kompositfüllungen mittels Schmelz-Dentin-Adhäsivtechnik und Glas-/ Keramik-Inserts zählen nicht dazu.

Erstattet werden 30 % des Rechnungsbetrages, jedoch zusammen mit der Vorleistung anderer Kostenträger nicht mehr als 80 % des Rechnungsbetrages. In der Tarifstufe Premium (DeTe 3) nicht mehr als 90% des Rechnungsbetrages.

Die nach dem SGB V bei zahnärztlicher Behandlung zu leistende Zuzahlung (Praxisgebühr) zählt nicht zu dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.

Die tarifliche Leistung für Zahnersatz setzt voraus, dass dem Versicherer vor Behandlungsbeginn, sofern die hierfür anfallenden Kosten voraussichtlich den Rechnungsbetrag (einschließlich Leistungen aller Kostenträger) von 2.000 € übersteigen, die medizinische Notwendigkeit der Maßnahme durch einen Heil- und Kostenplan (inklusive des Kostenvoranschlags des zahntechnischen Labors) nachgewiesen ist. Bei Nichtvorlage besteht hin-

sichtlich der über 2.000 € hinausgehenden erstattungsfähigen Aufwendungen nur Anspruch auf die Hälfte der tariflichen Leistung.

Bei Zahnersatz in Form von Implantaten ist die medizinische Notwendigkeit unabhängig von der Höhe des Rechnungsbetrages dem Versicherer vor Behandlungsbeginn immer durch einen Heil- und Kostenplan nachzuweisen. Bei Nichtvorlage erfolgt die Erstattung unabhängig vom Rechnungsbetrag insgesamt zur Hälfte der tariflichen Leistung.

1.2 Rechnungshöchstbeträge

Für Zahnleistungen nach II.1.1 gelten nachstehende Rechnungshöchstbeträge, aus denen die Leistung erbracht wird:

insgesamt

1.000 € im 1. Kalenderjahr

2.000 € im 1. bis 2. Kalenderjahr

3.000 € im 1. bis 3. Kalenderjahr

4.000 € im 1. bis 4. Kalenderjahr

5.000 € im 1. bis 5. Kalenderjahr

5.000 € jährlich ab dem 6. Kalenderjahr.

Der jeweilige Rechnungshöchstbetrag bezieht sich auf die für Behandlungen in den jeweiligen Kalenderjahren anfallenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

Die oben aufgeführten Rechnungshöchstbeträge gelten nicht für einen durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird.

2. Sehhilfen

Erstattet werden 100% der Aufwendungen bis zur Höhe von insgesamt 160 € in der Tarifstufe Standard (DeTe 1), in den Tarifstufen Classic (DeTe 2) und Premium (DeTe 3) werden 100% der Aufwendungen bis zur Höhe von insgesamt 300 € erstattet.

Ein Anspruch auf diese Leistung entsteht frühestens nach 2 Jahren seit dem letzten Bezug, wenn sich die Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien verändert hat. Ohne Veränderung der Sehschärfe entsteht ein erneuter Anspruch nach Ablauf von 2 Jahren im Tarif Standard (DeTe 1) und nach Ablauf von 3 Jahren in den Tarifen Classic (DeTe 2) und Premium (DeTe 3) seit dem letzten Bezug.

3. Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten

Erstattungsfähig sind die bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall entstehenden Aufwendungen.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Nicht als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat, sowie die Bundesrepublik Deutschland.

Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von 8 Wochen nicht übersteigt. Bei längerem Auslandsaufenthalt besteht Versicherungsschutz für die ersten 8 Wochen.

Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.

Erfordert eine leistungspflichtige Krankheit oder Unfallfolge aus medizinischen Gründen einen Auslandsaufenthalt über 8 Wochen hinaus, so verlängert sich die Leistungspflicht für diese Krankheit oder Unfallfolge bis zur Wiederherstellung der Rückreisefähigkeit.

3.1 Erstattet werden

3.1.1 100 % der medizinisch notwendigen Aufwendungen für

- ärztliche Heilbehandlung,
- Arznei-, Heil- und Verbandmittel aufgrund ärztlicher Verordnung (als Heilmittel gelten Bestrahlungen, Inhalationen und elektrophysikalische Maßnahmen),
- schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz,
- Unterkunft, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus, den medizinischen Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt.

3.1.2 100 % der notwendigen Kosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport (Beförderung Kranker oder verletzter Personen, die nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln als gewöhnlicher Passagier reisen können) in die Bundesrepublik Deutschland, wenn die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat und wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist. Der Anspruch auf Kostenerstattung vermindert sich gegebenenfalls um die Rückreisekosten, die bei normalem Verlauf der Reise entstanden wären, soweit dem Versicherten wegen der Nichtinanspruchnahme Erstattungsansprüche zustehen.

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, gelten Satz 1 und 2 entsprechend für einen Rücktransport in den Staat, in den der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde.

3.1.3 100 % der notwendigen Kosten einer Überführung im Todesfall in die Bundesrepublik Deutschland, wenn die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat, bis zu einer Höhe von 5.250 € bei einer Überführung aus dem europäischen Ausland, sonst bis 10.500 €

Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, gilt Satz 1 entsprechend für eine Überführung im Todesfall in den Staat, in den der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde.

3.1.4 100 % der Kosten für eine Bestattung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bei einem Todesfall während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes bis zu dem Betrag, der bei einer Überführung erstattet worden wäre, wenn die versicherte

Person in der Bundesrepublik Deutschland ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, gilt Satz 1 entsprechend für eine Bestattung außerhalb des Staates, in den der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde.

3.2 Keine Leistungspflicht besteht über § 5 MB/KK 09 sowie über die Zusatzbedingungen der Gruppenversicherung hinaus für

- Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Sportarten, die nach der allgemeinen Lebenserfahrung außerhalb der gewöhnlichen Urlaubsgestaltung liegen, verursacht werden, es sei denn, der Versicherer hat eine entsprechende Zusage vorab erteilt,
- Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung; Aufwendungen werden aber insoweit erstattet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen und in deren Folge auch bei Fehl- oder Frühgeburt oder Schwangerschaftsabbruch notwendig ist,
- Zahnersatz einschließlich Kronen, Inlays und für Kieferorthopädie,
- Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie,
- Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung (ausgenommen Unfalltransporte),
- Hilfsmittel.

4. Inlays in den Tarifstufen Classic (DeTe 2) und Premium (DeTe 3)

Die Kostenerstattung erfolgt gemäß II.1.1 Zahnersatz (ambulant).

5. Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (vgl. § 4 (2) MB/KK 09) in der Tarifstufe Premium (DeTe 3)

Hierzu gehören:

Alle im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH – Stand 1985) aufgeführten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich der dort genannten Heilmittel und Wegegebühren bis zum jeweiligen aufgeführten Höchstbetrag sowie vom Heilpraktiker verordnete Arznei- und Verbandmittel.

Erstattet werden 80 % der Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von

- 260 €im 1. Kalenderjahr
- 520 €im 2. Kalenderjahr
- 1.000 €ab dem 3. Kalenderjahr.

Der jeweilige Höchstbetrag bezieht sich auf die für Behandlungen im jeweiligen Kalenderjahr anfallenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

In den Tarifstufen Standard (DeTe 1), Classic (DeTe 2) und Premium (DeTe 3) sind erstattungsfähig die Kosten für

	Standard DeTe 1	Classic DeTe 2	Premium DeTe 3
1. Zahnersatz (ambulant)	✓	✓	✓
2. Sehhilfen	✓	✓	✓
3. Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten einschließlich Rücktransport und Überführung bzw. Bestattung im Ausland	✓	✓	✓
4. Inlays		✓	✓
5. Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker			✓