

Wesentliche Merkmale des Tarifs AE je nach gewählter Tarifstufe

Ambulante Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung für Sehhilfen bis 160 €
- 100% Kostenerstattung für Hilfsmittel bis 1.100 €
- 50% Kostenerstattung für Heilpraktikerbehandlung bis 780 € Rechnungsbetrag
- Kurtagegeld in Höhe von 11 € für max. 21 Tage

Zahnärztliche Leistungen

- 30% Kostenerstattung für Zahnersatz mit Rechnungshöchstbeträgen
- 30% Kostenerstattung für Inlays mit Rechnungshöchstbeträgen

Behandlung im Ausland

- 100% Kostenerstattung für medizinisch notwendige Heilbehandlung für Auslandsreisen von einer Dauer von bis zu 8 Wochen (ambulant, stationär, Zahn, Auslandsrücktransport)
- 100% Kostenerstattung bei Erkrankung in Deutschland, wenn die Behandlung nur im Ausland möglich ist

	AE 1	AE 2	AE 3
1. Zahnersatz (ambulant)	✓	✓	✓
2. Sehhilfen	✓	✓	✓
3. Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten einschließlich Rücktransport und Überführung bzw. Bestattung im Ausland	✓	✓	✓
4. Medizinisch notwendige Heilbehandlung im Ausland bei einer Erkrankung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland		✓	✓
5. Hilfsmittel		✓	✓
6. Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker			✓
7. Kurtagegeld			✓
8. Inlays			✓

Tarif AE

Krankheitskosten-Zusatzversicherung für gesetzlich Krankenversicherte sowie Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge Fassung April 2010

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

I. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherten wohnenden Personen, sofern sie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder einen Anspruch auf freie Heilfürsorge haben.

II. Versicherungsleistungen

Vorleistungen, die die gesetzliche Krankenversicherung oder andere Kostenträger zu erbringen haben oder die aus der freien Heilfürsorge beansprucht werden können, sind in voller Höhe in Anspruch zu nehmen und nachzuweisen.

1. Zahnärztliche Leistungen

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 prothetische Leistungen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Reparatur von Zahnersatz sowie Implantate.

Im Zusammenhang mit Implantaten werden darüber hinaus auch gegebenenfalls erforderliche chirurgische Maßnahmen, die notwendig sind, um Kieferknochen für die Aufnahme der Implantate aufzubereiten, erstattet.

In Tarifstufe AE 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.

Die gemäß § 28 Abs. 4 SGB V (siehe Anhang) bei zahnärztlicher Behandlung jeweils 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 hinsichtlich 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 zahnärztliche tarifliche Leistungen nach II.1.1 gelten nachstehende Rechnungshöchstbeträge, aus denen die Leistung erbracht wird; dabei gelten die Rechnungshöchstbeträge zusammen für jeweils zwei aufeinander folgende Kalenderjahre: insgesamt

1.000 € im 1. und 2. Kalenderjahr
 2.000 € im 3. und 4. Kalenderjahr
 3.000 € im 5. und 6. Kalenderjahr
 4.500 € im 7. und 8. Kalenderjahr
 6.000 € im 9. und 10. Kalenderjahr
 jährlich 7.800 € ab dem 11. 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 € 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 3 Jahren 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.

Bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten entfallen die Wartezeiten gemäß § 3 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK 2009).

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 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.

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

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.

3.2 Keine Leistungspflicht besteht über § 5 MB/KK 2009 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. Medizinisch notwendige Heilbehandlung im Ausland bei einer Erkrankung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland

Kann eine Krankheit innerhalb der Bundesrepublik Deutschland nicht zweckmäßig und ausreichend behandelt werden, ist jedoch eine Behandlung im Ausland möglich, so werden 100% der Kosten für die medizinisch notwendige Heilbehandlung im Ausland abzüglich der Vorleistung der GKV oder der freien Heilfürsorge erstattet. Hat die GKV oder die freie Heilfürsorge keine Leistungen erbracht, so besteht keine Leistungspflicht.

5. Hilfsmittel

Als Hilfsmittel gelten:

Bandagen, orthopädische Schuhe und Einlagen, Gummistrümpfe, künstliche Glieder, Hörgeräte, Krankenfahrräder, künstlicher Kehlkopf und Stützapparate.

Erstattet werden 100% der nach Vorleistung der GKV oder der freien Heilfürsorge verbleibenden Aufwendungen bis zur Höhe von insgesamt 1.100 € jährlich.

Die nach § 33 Abs. 8 SGB V (siehe Anhang) jeweils zu leistenden Zuzahlungen zählen nicht zu den erstattungsfähigen Aufwendungen. Mehrkosten, die deshalb entstehen, weil ein Hilfsmittel nicht über den Vertragspartner der GKV oder der freien Heilfürsorge bezogen wird, werden nicht erstattet.

Erfolgt keine Vorleistung der GKV oder der freien Heilfürsorge, entfällt auch eine Erstattung aus diesem Tarif.

6. Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (vgl. § 4 (2) MB/KK 2009)

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 50% der Aufwendungen bis zu einem Rechnungsbetrag von

260 € im 1. Kalenderjahr

520 € im 2. Kalenderjahr

780 € ab dem 3. Kalenderjahr.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, dann vermindert sich der für das erste Kalenderjahr vorgesehene Höchstsatz um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat.

7. Kurtagegeld

Als Zuschuss zu den Kosten für Unterkunft und Verpflegung wird für die Höchstdauer von 21 Tagen alle 4 Jahre ein Betrag von 11 € je Tag gezahlt, wenn und solange die gesetzliche Kranken- oder Rentenversicherung oder die freie Heilfürsorge bei stationärer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung leistet.

8. Inlays

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

In der Tarifstufe AE 1-3 sind erstattungsfähig die Kosten für

	AE 1	AE 2	AE 3
1. Zahnersatz (ambulant)	✓	✓	✓
2. Sehhilfen	✓	✓	✓
3. Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten einschließlich Rücktransport und Überführung bzw. Bestattung im Ausland	✓	✓	✓
4. Medizinisch notwendige Heilbehandlung im Ausland bei einer Erkrankung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland		✓	✓
5. Hilfsmittel		✓	✓
6. Ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker			✓
7. Kurtagegeld			✓
8. Inlays			✓

Anhang

Sozialgesetzbuch (SGB) V

§ 28 Ärztliche und zahnärztliche Behandlung

(4) ¹Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt, als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag an den Leistungserbringer. ²Satz 1 gilt nicht für Inanspruchnahmen nach § 20d, § 25, zahnärztliche Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 und 5 sowie Maßnahmen zur Schwangerenvorsorge nach § 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung und § 23 Abs. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte. ³Soweit Versicherte Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 gewählt haben, gelten die Sätze 1 und 2 mit der Maßgabe, dass die Zuzahlung gemäß § 13 Abs. 2 Satz 9 von der Krankenkasse in Abzug zu bringen ist.

§ 33 Hilfsmittel

(8) ¹Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, leisten zu jedem zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgegebenen Hilfsmittel als Zuzahlung den sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrag zu dem von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrag an die abgebende Stelle. ²Der Vergütungsanspruch nach Abs. 7 verringert sich um die Zuzahlung; § 43b Abs. 1 Satz 2 findet keine Anwendung. ³Die Zuzahlung bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln beträgt 10 vom Hundert des insgesamt von der Krankenkasse zu übernehmenden Betrags, jedoch höchstens 10 Euro für den gesamten Monatsbedarf.