Tarif EG

Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

HanseMerkur Versicherungsgruppe

A. Leistungen des Versicherers
(§§ 4 - 6 AVB/KS)

1. Brillen **100 % bis 180 EUR**

der Kosten für Brillen einschließlich Brillengläser werden erstattet.

1.1. 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.

1.2. 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.

2. Zahnersatz

2.1. Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind 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, Kronen und Inlays (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische sowie implantologische Leistungen.

Erstattungsfähig im Rahmen dieser medizinisch notwendigen Heilbehandlung sind weiterhin zahntechnische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Versicherers*) 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.

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

2.2. Erstattungshöhe

Die **erstattungsfähigen Aufwendungen** nach Nr. 2.1. werden zu

30 %

ersetzt.

Zu Beginn der Versicherung gelten für die **Erstattungen** nachstehende Höchstbeträge:

insgesamt	180 EUR	bis zum Ende des 1. Versicherungsjahres
insgesamt	360 EUR	bis zum Ende des 2. Versicherungsjahres
insgesamt	540 EUR	bis zum Ende des 3. Versicherungsjahres
insgesamt	720 EUR	bis zum Ende des 4. Versicherungsjahres
	unbegrenzt	ab dem 5. Versicherungsjahr

Bei Zahnersatz infolge eines Unfalls entfallen diese Höchstbeträge für den jeweiligen Versicherungsfall.

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 % der erstattungsfähigen Aufwendungen nach Nr. 2.1. nicht überschreiten.

Die Erstattung für implantologische Leistungen einschließlich Material- und Laborkosten ist auf maximal 6 Implantate im Oberkiefer und 4 Implantate im Unterkiefer beschränkt.

HanseMerkur Krankenversicherung AG Siegfried-Wedells-Platz 1 20354 Hamburg Tel.: (0 40) 41 19-11 00, Fax: -32 57 www.hansemerkur.de

3. Krankenhausbehandlung bei Unfall

Leistungspflicht nach Nr. 3.1., 3.2. und 3.3. besteht für medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlungen, die auf einen Unfall zurückzuführen sind (vgl. § 1 (1) AVB/KS).

Die Leistungspflicht nach Nr. 3.1., 3.2. und 3.3. entfällt für Unfälle, die auf die Ausübung folgender Risikosportarten zurückzuführen sind:

Skispringen, Drachenfliegen, Paragliding, Motorrennsport, Boxen, Kickboxen, Thaiboxen, Vollkontaktkarate, Rugby oder Freeclimbing.

Der Versicherer kann auch für bestehende Verträge den Katalog der von der Leistungspflicht ausgeschlossenen Risikosportarten erweitern, wenn neue, gefährliche Sportarten einen signifikanten Anteil an den Leistungsfällen aufweisen.

3.1. Wahlleistungen 100 %

Erstattungsfähig sind die Kosten für Wahlleistungen gemäß § 22 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) bzw. gemäß § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Hiernach gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Sanitärzelle, Fernsprecher, Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese tarifgemäß erstattet. Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) sind im Rahmen der jeweils gültigen gesetzlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig (§ 4 (2) AVB/KS). Aufwendungen für Zahnersatz sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes nach Nr. 3.1.

Maßgeblich für die Kostenerstattung ist, für welche Unterbringungsart (Ein- oder Zweibettzimmer) das Krankenhaus den Zuschlag zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (Mehrbettzimmer) berechnet. Mit den Behandlungskostenrechnungen sind diesbezügliche Nachweise vorzulegen.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, entspricht die 1. Pflegeklasse dem Einbettzimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zweibettzimmer und die 3. Pflegeklasse (Allgemeine Krankenhausleistungen) dem Drei- und Mehrbettzimmer. Nach Tarif EG werden nur die Aufwendungen für die 1. (Einbettzimmer) oder die 2. Pflegeklasse (Zweibettzimmer) erstattet. Aufwendungen für die allgemeine Pflegeklasse (3. Klasse) sind nicht erstattungsfähig. Für stationäre Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen leistet der Versicherer nicht.

Bei einem Verzicht auf Kostenerstattung versicherter Leistungen wird pro Behandlungstag ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe gezahlt:

- bei Verzicht auf die Erstattung für die bessere Unterkunft (Ein- und Zweibettzimmer) 30 EUR,
- bei Verzicht auf die Erstattung für privatärztliche stationäre Behandlung 20 EUR.

3.2. Zuzahlung Krankenhaus 100 %

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

Zugunsten der versicherten Person verzichtet der Versicherer auf die Anwendung des § 4 (5) AVB/KS.

3.3. Freie Krankenhauswahl 100 %

der für Unterkunft und Verpflegung anfallenden Mehrkosten des Mehrbettzimmers ohne privatärztliche Leistungen werden 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) AVB/KS.

4. Auslandsreisen 100 %

der Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff vor Auslandsreisen werden erstattet. Versichert sind Impfungen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis. Die Kostenerstattung ist beschränkt auf **100 EUR** pro Versicherungsjahr (siehe dazu § 4 (1) AVB/KS).

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

100 %

erstattet. Als Heilbehandlung gelten:

- ärztliche Behandlung einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Behandlung wegen Fehlgeburt; nicht aber psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung, Schwangerschaftsunterbrechungen und Entbindungen (mit Ausnahme von Frühgeburten);

- ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel. Als Medikamente gelten nicht - auch wenn sie ärztlich verordnet sind - Nähr-, Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate;

- ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen; ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen; ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles notwendig werden; Röntgendiagnostik;

- 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; Transport zum für die Behandlung geeigneten nächsterreichbaren Krankenhaus bzw. Arzt und zurück; 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 jeweils 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 Nr. 4. Für eine versicherte Person, die die Staatsbürgerschaft eines EU-Staates besitzt, besteht in diesem Staat nur dann Versicherungsschutz im Sinne von Nr. 4., falls diese versicherte Person einen ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat.

Für die Leistungen gemäß Nr. 4. verzichtet der Versicherer auf die Erfüllung der Wartezeiten gemäß § 3 AVB/KS.

B. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif EG können Personen versichert werden, die bei einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der Bundesrepublik Deutschland versichert sind und die Anspruch auf ärztliche oder zahnärztliche Behandlung haben.

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

C. Beiträge

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Ab dem Ende des Kalenderjahres, in dem das 19., das 39., das 59. bzw. das 79. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen der AVB/KS zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.