

Teil II Tarife GR 1 und GR 2 Krankheitskostenversicherung für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung

1 Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach den GR-Tarifen Teil I AVB/GR 2009 und die nachfolgenden Bestimmungen.

Leistungen des Versicherers

2 Ambulante Behandlung

2.1 Ambulante ärztliche Behandlung, Früherkennung

80 % der Kosten für ärztliche Heilbehandlung und gezielte Vorsorgeuntersuchung nach gesetzlich eingeführten Programmen sowie für staatlich empfohlene Kinderschutzimpfungen, soweit sie nach einer Gebührenordnung berechnet werden können und die jeweiligen Höchstsätze nicht überschreiten. Bei der Behandlung und Untersuchung wegen Schwangerschaft, einer ambulanten Entbindung oder Hausentbindung werden die für Krankheiten vorgesehenen Leistungen gezahlt; Hebammen- und Entbindungspflegerkosten, die nach einer amtlichen Gebührenordnung berechnungsfähig sind, werden ebenfalls erstattet.

2.2 Psychotherapie

80 % der Kosten für Psychotherapie durch Ärzte für bis zu 30 Behandlungstage im Kalenderjahr, soweit sie nach einer Gebührenordnung berechnet werden können und die jeweiligen Höchstsätze nicht überschreiten.

2.3 Arznei- und Verbandmittel

80 % der Kosten für Arznei- und Verbandmittel.

2.4 Heilmittel (physikalisch-medizinische Leistungen)

80 % der Kosten für Heilmittel. Als Heilmittel gelten Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Hydrotherapie und Packungen, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie medizinische Bäder, wenn sie von einem Arzt oder von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden.

2.5 Hilfsmittel

80 % der Kosten für folgende Hilfsmittel, die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen, in einfacher Ausführung:

- Prothesen,
- Glasaugen,
- Gesichtsteilersatzstücke,
- elektronischer Kehlkopf,
- künstliche Ohrmuscheln,
- eine Perücke nach Haarausfall infolge einer Chemotherapie (bis zu einem Rechnungsbetrag von 825 EUR),
- Rollstuhl (bis zu einem Rechnungsbetrag von 825 EUR).

Nach vorheriger Leistungszusage durch den Versicherer sind zum genannten Prozentsatz ebenfalls erstattungsfähig die Kosten von lebenserhaltenden Hilfsmitteln (z.B. Heimdialysegeräte, Beatmungsgeräte, Ernährungspumpen). Wurde keine vorherige Leistungszusage durch den Versicherer eingeholt, werden höchstens die Kosten übernommen, die in gleicher Qualität und Ausführung im Rahmen einer möglichen alternativen und kostengünstigeren Versorgungsform oder bei Bezug des Hilfsmittels über einen Kooperationspartner des Versicherers angefallen wären.

2.6 Sehhilfen

80 % der Kosten für Brillengläser und Kontaktlinsen mit erforderlichen Stärken von 8,0 Dioptrien und mehr. Ein erneuter Anspruch auf die Erstattung einer Sehhilfe besteht nur bei einer Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien.

2.7 Selbstbehalt

Von dem nach Nr. 2.1 bis 2.6 ermittelten Leistungsbetrag wird im Tarif GR 2 ein Selbstbehalt von 350 EUR einbehalten. Der Selbstbehalt nach den Nrn. 2.1 bis 2.7 ist wie folgt begrenzt:

Tarif GR 1 800 EUR,
Tarif GR 2 1.150 EUR.

Nach Überschreiten dieses Betrages wird für weitere Kosten der Erstattungssatz nach den Nrn. 2.1 bis 2.6 von 80 % auf 100 % erhöht.

Der Selbstbehalt gilt für Behandlungen innerhalb eines Kalenderjahres je versicherte Person. Beginnt die Versicherung während des zweiten Quartals, so ermäßigt sich für das erste Jahr der Selbstbehalt um ein Viertel, bei Beginn im dritten oder vierten Quartal um ein weiteres Viertel.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

2.8 Nicht erstattungsfähige Kosten

Nicht erstattungsfähig sind die in Nr. 2.1 bis 2.6 nicht genannten Kosten z.B. für

- Behandlungen durch andere nichtärztliche Therapeuten (z.B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen), einschließlich der von ihnen verordneten Arzneien, Verband-, Heil- und Hilfsmittel,
- Fahrten zum Arzt und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus,
- ambulante Kurbehandlung,
- nicht aufgeführte Heilmittel (z.B. Massagen und Wärmebehandlung) sowie Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung des Versicherten,
- nicht aufgeführte Hilfsmittel und orthopädische Bedarfsartikel,
- Sehhilfen mit einer Stärke von unter 8 Dioptrien,
- Brillengestelle,
- Hörhilfen, Lesegeräte,
- den Betrieb (z.B. Batterien und Ladegeräte), die Reinigung und Pflege von Hilfsmitteln,
- medizinische Heilapparate,
- Geräte zur Messung von Körperfunktionen (z.B. Blutdruckmessgeräte).

3 Zahnbehandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie

3.1 Zahnärztliche Behandlung für Zahnersatz, Funktionsanalyse

60 % der Kosten zahnärztlicher Leistungen für

- Einlagefüllungen (Inlay, Onlay),
- Kronen und Brücken (Kosten für Verblendungen sind nur bis zum Zahn 5 erstattungsfähig),
- Prothesen,
- funktionsanalytische und funktions-therapeutische Leistungen,
- implantologische Leistungen, begrenzt auf das Einbringen von vier Implantaten je Kiefer während der Vertragsdauer (auch wenn dies durch einen Kieferchirurgen erfolgt),
- Heil- und Kostenplan,
- vorbereitende Maßnahmen,

soweit sie nach einer Gebührenordnung berechnet werden können und die jeweiligen Höchstsätze nicht überschreiten.

3.2 Zahntechnik und Laborleistungen

60 % der Kosten für zahntechnische Laborarbeiten und Materialien. Kosten der zahntechnischen Laborarbeiten sind bis zu einem angemessenen Preis erstattungsfähig. Die jeweiligen Beträge, bis zu denen von einem angemessenen Preis ausgegangen wird, können beim Versicherer erfragt werden. Sie werden jeweils bei der Prüfung eines Kostenvorschlages mitgeteilt.

3.3 Kieferorthopädie

60 % der Kosten für kieferorthopädische Leistungen, soweit sie nach einer Gebührenordnung berechnet werden können und die jeweiligen Höchstsätze nicht überschreiten. Die Behandlung muss vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen werden.

3.4 Zahnärztliche Behandlung, Früherkennung, Prophylaxe

100 % der Kosten für sonstige zahnärztliche Leistungen einschließlich

- gezielter Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
- individueller Prophylaxe in Einzelunterweisung,

soweit sie nach einer Gebührenordnung berechnet werden können und die jeweiligen Höchstsätze nicht überschreiten.

3.5 Heil- und Kostenplan

Bei einem veranschlagten Rechnungsbetrag von mehr als 2.750 EUR muss vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan zur Prüfung eingereicht werden. Bei Nichtvorlage eines Heil- und Kostenplanes vor Behandlungsbeginn werden die Leistungen nach Nr. 3.1 bis 3.4 nur zu 50 % erbracht.

3.6 Höchstleistung im Kalenderjahr

Für die Leistungen nach Nr. 3.1 bis 3.5 gelten folgende Höchstleistungen:

- 1.030 EUR im 1. Kalenderjahr,
- 1.540 EUR im 2. Kalenderjahr,

2.060 EUR im 3. Kalenderjahr,
2.570 EUR im 4. Kalenderjahr,
5.140 EUR ab 5. Kalenderjahr.

Für unfallbedingte zahnärztliche Behandlungen gelten die Höchstleistungen nicht.

4 Stationäre Krankenhausbehandlung

4.1 Krankenhausbehandlung

100 % der Kosten für stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus, die nach dem Tarif des Krankenhauses für allgemeine Krankenhausleistungen üblicherweise berechnet werden. Außerdem werden Arztkosten (auch Belegarztkosten) erstattet, soweit sie zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen, nach einer Gebührenordnung berechnet werden können und die jeweiligen Höchstsätze nicht überschreiten.

4.2 Krankentransportkosten, Fahrtkosten

100 % der Kosten für Krankentransporte oder Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden.

4.3 Nicht erstattungsfähige Kosten

Nicht erstattungsfähig sind die oben nicht genannten Kosten z.B. für

- ärztliche Wahlleistungen,
- bessere Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer,
- Komfortleistungen (z.B. Fernseher, Telefon),
- stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlung,
- stationäre zahnärztliche und kieferchirurgische Behandlung zur Vorbereitung sowie Durchführung von Zahnersatz einschließlich Implantatversorgung (Die Erstattung erfolgt nach Nr. 3 des Tarifs),
- Hilfsmittel (Die Erstattung erfolgt nach Nr. 2 des Tarifs).

5 Sonstige Leistungen

5.1 Krankentransport aus dem Ausland

100 % der zusätzlich entstehenden Kosten eines medizinisch notwendigen, ärztlich angeordneten Krankentransportes aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus.

5.2 Überführung/Bestattung im Ausland

100 % der Kosten der Überführung des Verstorbenen in den Heimatort oder der Bestattung am Sterbeort im Ausland bei Tod des Versicherten während einer Auslandsreise, höchstens jedoch 11.000 EUR.

Sonstiges

6 Leistungsänderung

Betragsmäßig festgelegte Höchstbeträge und Leistungen können zusammen mit einer Beitragsanpassung angepasst werden.

7 Optionsrecht

Der Versicherungsnehmer kann zum Beginn des vierten Versicherungsjahres, gerechnet vom erstmaligen Beginn einer Krankheitskostenversicherung mit Leistungen für allgemeine Krankenhausleistungen, die Umstellung des Versicherungsschutzes in leistungsstärkere Tarife beantragen. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes zwar grundsätzlich Anwendung. Die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit für die Versicherungsfälle im Rahmen des Tarifes GR 1 oder GR 2 Leistungspflicht gegeben ist. Diese Vergünstigung findet nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung vor dem Ende des dritten Versicherungsjahres gestellt wird. Unabhängig von dieser Bestimmung kann der Versicherungsnehmer jederzeit die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz gemäß § 1 (6) der AVB/GR 2009 verlangen.