

Krankheitskosten-Tarif GS für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

(Stand: 01.01.2013)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1.

Ambulante Behandlung **100 %** der Aufwendungen für

- ambulante Heilbehandlung und Gesundheitsvorsorge durch Ärzte und Heilpraktiker,
- ambulante Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung, auch durch Hebammen,
- Arzneien und Verbandmittel,
- Heil- und Hilfsmittel,
- Notfall-Rettungsdienst,
- häusliche Behandlungspflege,
- psychotherapeutische ambulante Behandlung bis zu 20 Sitzungen pro Kalenderjahr,
- Brillen und Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von 165 EUR pro Kalenderjahr.

Die Entbindungspauschale beträgt 1.070 EUR.

2.

Stationäre Behandlung **100 %** der Aufwendungen für Unterbringung, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistungen, Krankentransporte und im Notfall-Rettungsdienst mit geeigneten Transportmitteln (z. B. Krankentransportwagen, Hubschrauber, Flugzeug), je Versicherungsfall bis zu 100 km, mindestens aber bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

3.

Zahnbehandlung, -ersatz und Kieferorthopädie **100 %** der Aufwendungen für allgemeine und prophylaktische zahnärztliche Leistungen, konservierende und chirurgische Zahnbehandlung einschließlich Röntgenleistungen, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, prothetische und kieferorthopädische Leistungen, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen bis zu einem Höchstsatz von 1.250 EUR pro Kalenderjahr.

In den ersten drei Kalenderjahren der Versicherung beträgt der Höchstsatz jeweils 670 EUR.

Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls beträgt der Höchstsatz auch in jedem der ersten drei Versicherungsjahre 1.250 EUR. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Wird innerhalb von 30 Tagen nach Antragstellung oder Versicherungsbeginn ein zahnärztlicher Befundbericht vorgelegt, kann der Höchstsatz in den ersten drei Jahren auf jeweils 1.250 EUR angehoben werden.

Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs GS ab 4. Versicherungsjahr.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden, soweit sie die tarifliche Selbstbeteiligung übersteigen, zu 100 % ersetzt.

B. Selbstbeteiligung

Selbstbeteiligung

Die Selbstbeteiligung für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung beträgt pro Person und Kalenderjahr insgesamt

in Tarifstufe
GS 4
1.404 EUR

Auf die Selbstbeteiligung angerechnet werden nur die erstattungsfähigen Aufwendungen.

C. Begriffsbestimmung

Erläuterung

Als häusliche Behandlungspflege gelten ärztlich angeordnete medizinische Einzelleistungen durch Pflegehilfskräfte, die auf Heilung, Besserung, Linderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Krankheit gerichtet sind (z. B. Injektionen, Verbände, Blutdruckmessungen).

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Sobald eine versicherte Person das 12. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

E. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Rückerstattung bei Leistungsfreiheit

Als Form der Verwendung kann die Beitragsrückerstattung für leistungsfrei gebliebene Versicherte beschlossen werden. Der Vorstand legt dann fest, für welche Tarife oder Tarifkombinationen und in welcher Höhe die Ausschüttung erfolgt. Anspruch besteht für jede versicherte Person, wenn

- a) die Versicherung während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres bestanden hat und für das abgelaufene Kalenderjahr keine Versicherungsleistungen erbracht worden sind. Die Ausschüttung der Beitragsrückerstattung und ihre Höhe kann davon abhängig gemacht werden, dass diese Voraussetzung für mehrere aufeinander folgende Kalenderjahre erfüllt ist.
- b) die Versicherung am 30.06. des folgenden Jahres ohne Beitragsrückstand noch besteht. Diese Voraussetzung entfällt, wenn die Versicherung infolge Tod, Anspruch auf Heilfürsorge oder Eintritt der Versicherungspflicht beendet wurde.

Für die Berechnung der Beitragsrückerstattung wird jeweils 1/12 des Jahresbeitrages des abgelaufenen Kalenderjahres zugrunde gelegt.

Die Beitragsrückerstattung wird im 3. Quartal des folgenden Geschäftsjahres ausgezahlt oder gutgeschrieben.