

Tarif E1

Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Rahmen eines Kollektivvertrages

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

A. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 Muster- und Tarifbedingungen)

Erstattet werden:

1. Heilmittel **100 %**

des gesetzlichen Eigenanteils nach Vorleistung der GKV. Als Heilmittel gelten: Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Massagen u. dgl. sowie medizinische Bäder jeder Art.

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

der Kosten für Brillen einschließlich Brillengläser.

2.1. 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.

2.2. 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.

3. Medikamente **100 %**

des gesetzlichen Eigenanteils nach Vorleistung der GKV bei ärztlich verordneten Arznei- und Verbandmitteln.

4. Zahnersatz **25 %**

der erstattungsfähigen 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. Gesondert vereinbarte ärztliche oder zahnärztliche Behandlung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes ist nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschl. Brücken und Kronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnnes), Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

Aufwendungen für Inlays und Implantate werden nicht erstattet.

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 zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungervertragsgesetz.

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 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nicht überschreiten.

^{*)} Das Preis- und Leistungsverzeichnis ist diesen Unterlagen beigelegt.

5. Krankenhausbehandlung **100 %**

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

Die für Unterkunft und Verpflegung anfallenden Mehrkosten des Mehrbettzimmers ohne privatärztliche Leistungen werden zu

100 %

erstattet, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland

aufsucht. Voraussetzung ist, dass das aufgesuchte Krankenhaus gemäß Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) bzw. Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnet.

Zugunsten der versicherten Person verzichtet der Versicherer auf die Anwendung des § 4 (5) MB/KK 2009.

6. Auslandsreisen

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

100 %

erstattet. Als Heilbehandlung gelten:

- a) ärztliche Behandlung einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Behandlung wegen Fehlgeburt; nicht aber psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung, Schwangerschaftsunterbrechungen und Entbindungen (mit Ausnahme von Frühgeburten);
- b) ärztlich verordnete Medikamente und Verbandmittel. Als Medikamente gelten nicht - auch wenn sie ärztlich verordnet sind - Nähr-, Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate;
- c) ärztlich verordnete Strahlen-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
- d) ärztlich verordnete Massagen, medizinische Packungen und Inhalationen;
- e) ärztlich verordnete Hilfsmittel, die infolge eines Unfalles notwendig werden;
- f) Röntgendiagnostik;
- g) 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;
- h) Transport zum für die Behandlung geeigneten nächsterreichbaren Krankenhaus bzw. Arzt und zurück;
- i) 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 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 nach Deutschland beim Tod einer versicherten Person während der Reise;
- der Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

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 Punkt A. 6. Für eine versicherte Person, die die Staatsbürgerschaft eines EU-Staates besitzt, besteht in diesem Staat nur dann Versicherungsschutz im Sinne von Punkt A. 6., falls diese versicherte Person einen ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat.

Für die Leistungen gemäß Punkt A. 6. verzichtet der Versicherer auf die Erfüllung der Wartezeiten gem. § 3 der Musterbedingungen.

B. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die bei einem Kooperationspartner der HanseMerkur Krankenversicherung AG gesetzlich versichert sind und dort Anspruch auf ärztliche und zahnärztliche Behandlung haben.

Endet für eine versicherte Person der Versicherungsschutz bei diesem Kooperationspartner durch Wechsel zu einem anderen gesetzlichen Krankenversicherer oder endet der Kollektivvertrag zwischen dem Kooperationspartner und der HanseMerkur Krankenversicherung AG, so endet gleichzeitig der Versicherungsschutz nach diesem Tarif; die Versicherung wird in einem vergleichbaren Tarif der HanseMerkur Krankenversicherung AG fortgeführt.

Endet für eine versicherte Person der Versicherungsschutz innerhalb der GKV, so endet die Versicherung nach Tarif E1 für die betreffende versicherte Person zum Ende des Monats, in dem der Wegfall der Voraussetzung eingetreten ist.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die Beendigung des Versicherungsschutzes einer versicherten Person bei dem Kooperationspartner bzw. innerhalb der GKV unverzüglich mitzuteilen.

Tarif E2

Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Rahmen eines Kollektivvertrages

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

A. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 Muster- und Tarifbedingungen)

Erstattet werden:

1. Heilmittel 100 %

des gesetzlichen Eigenanteils nach Vorleistung der GKV. Als Heilmittel gelten: Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Massagen u. dgl. sowie medizinische Bäder jeder Art.

2. Sehhilfen 100 % bis zu 200 EUR

der Kosten für Sehhilfen.

2.1. Erfolgt keine Vorleistung durch die GKV, entsteht ein Anspruch auf die Leistung für den erneuten Bezug einer Sehhilfe frühestens nach 24 Monaten seit dem letzten Bezug oder bei Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien.

2.2. Erfolgt eine Vorleistung durch die GKV, so werden nur die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Kosten erstattet.

Die Erstattung ist auf **200 EUR** pro Kalenderjahr begrenzt.

3. Medikamente 100 %

des gesetzlichen Eigenanteils nach Vorleistung der GKV bei ärztlich verordneten Arznei- und Verbandmitteln.

4. Zahnersatz

4.1. 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. Gesondert vereinbarte ärztliche oder zahnärztliche Behandlung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes ist nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschl. Brücken, Kronen und Einlagefüllungen (auch bei Versorgung eines Einzelzahn-nes), 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 zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

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

4.2. Erstattungshöhe und Erstattungsvoraussetzung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Punkt A.4.1. werden zu

30 %

ersetzt. 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 Punkt A.4.1. nicht überschreiten.

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

5. Heilbehandlungen durch Heilpraktiker und Ärzte 80 %

bis zu einem Rechnungsbetrag von **500 EUR** pro Versicherungsjahr (siehe dazu Tarifbedingung b zu § 4 (1) MB/KK 2009).

Erstattungsfähige Aufwendungen sind die im Rahmen einer ambulanten, stationären und zahnärztlichen Heilbehandlung angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arznei-, Verband- und Heilmittel, die im jeweils geltenden Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen oder im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Psychotherapeutische Leistungen gehören nicht zu naturheilkundlichen Behandlungsmethoden, auch wenn sie im GebüH aufgeführt sind.

Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis werden bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet. Unter Regelhöchstsatz ist zu verstehen der 2,3-fache Satz der GOÄ, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz. Leistungen des Heilpraktikers, die im GebüH geregelt sind, werden ausschließlich im Rahmen des GebüH erstattet.

Satz 5 der Tarifbedingung zu § 4 (2) MB/KK 2009 sowie § 4 (6) MB/KK 2009 finden für den genannten Leistungsbereich keine Anwendung.

Die Rechnungsbeträge gemäß Punkt A.5., bis zu denen eine Erstattung erfolgt, sind im 1. Versicherungsjahr auf **100 EUR** und im 2. Versicherungsjahr auf **200 EUR** beschränkt.

6. Krankenhausbehandlung 100 %

des gesetzlichen Eigenanteils nach Vorleistung der GKV für längstens 28 Tage innerhalb eines Kalenderjahres. Eine entsprechende Leistung wird auch bei stationären Kuren, stationären Rehabilitationsmaßnahmen und Anschlussheilbehandlungen für längstens 28 Tage innerhalb eines Kalenderjahres erbracht, wenn die GKV oder der gesetzliche Rentenversicherungsträger hierfür vorleistet.

Die für Unterkunft und Verpflegung anfallenden Mehrkosten des Mehrbettzimmers ohne privatärztliche Leistungen werden zu

100 %

erstattet, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland aufsucht. Voraussetzung ist, dass das aufgesuchte Krankenhaus gemäß Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnet.

Zugunsten der versicherten Person verzichtet der Versicherer auf die Anwendung des § 4 (5) MB/KK 2009.

7. Krankentransport 100 %

des gesetzlichen Eigenanteils nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

8. Auslandsreisen 100 %

der Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff vor Auslandsreisen. Versichert sind Impfungen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis. Die Kostenerstattung ist beschränkt auf **100 EUR** pro Versicherungsjahr (siehe dazu Tarifbedingung b zu § 4 (1) MB/KK 2009).

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 nach Deutschland beim Tod einer versicherten Person während der Reise;
- der Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

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 Punkt A.8. Für eine versicherte Person, die die Staatsbürgerschaft eines EU-Staates besitzt, besteht in diesem Staat nur dann Versicherungsschutz im Sinne von Punkt A.8., falls diese versicherte Person einen ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat.

Für die Leistungen gemäß Punkt A.8. verzichtet der Versicherer auf die Erfüllung der Wartezeiten gem. § 3 der Musterbedingungen.

9. Vorsorgeleistungen 100 %

der Aufwendungen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen für folgende ärztliche Leistungen, soweit sie nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung beansprucht werden können:

Für Kinder (Alter 0 - 14 Jahre):

Zusätzliche Kindervorsorgeuntersuchung im Alter von 8 und 14 Jahren (jeweils einmalig).

Für Jugendliche (Alter 15 - 19 Jahre):

Eine zusätzliche Jugendvorsorgeuntersuchung (Vergütung analog einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten eines Erwachsenen).

Für Erwachsene:

a) Ab dem vollendeten 20. Lebensjahr (einmal innerhalb von vier Jahren):
Vorsorgeuntersuchung auf Hautkrebs.

b) Erweiterte Krebsvorsorge (einmal innerhalb von vier Jahren):

Für Frauen ab dem vollendeten 20. Lebensjahr:

Gynäkologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Gebärmutter, der Eierstöcke, eines weiteren inneren Organs; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Nativpräparat; Urin-Teststreifen.

Für Männer ab dem vollendeten 45. Lebensjahr:

Urologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Prostata, der Nieren, eines weiteren inneren Organs; PSA-Test; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Urin-Teststreifen.

Leistungen gemäß Punkt A.9. werden bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet. Unter Regelhöchstsatz ist zu verstehen der 2,3-fache Satz der GOÄ, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz.

Ändert die gesetzliche Krankenversicherung den Leistungsumfang für Vorsorgeuntersuchungen, so kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders Einzelleistungen gemäß Punkt A.9. verändern, um für den Versicherten weiterhin einen sachgerechten Ergänzungsschutz sicherzustellen.

B. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die bei einem Kooperationspartner der HanseMerkur Krankenversicherung AG gesetzlich versichert sind und dort Anspruch auf ärztliche und zahnärztliche Behandlung haben.

Endet für eine versicherte Person der Versicherungsschutz bei diesem Kooperationspartner durch Wechsel zu einem anderen gesetzlichen Krankenversicherer oder endet der Kollektivvertrag zwischen dem Kooperationspartner und der HanseMerkur Krankenversicherung AG, so endet gleichzeitig der Versicherungsschutz nach diesem Tarif; die Versicherung wird in einem vergleichbaren Tarif der HanseMerkur Krankenversicherung AG fortgeführt.

Endet für eine versicherte Person der Versicherungsschutz innerhalb der GKV, so endet die Versicherung nach Tarif E2 für die betreffende versicherte Person zum Ende des Monats, in dem der Wegfall der Voraussetzung eingetreten ist.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die Beendigung des Versicherungsschutzes einer versicherten Person bei dem Kooperationspartner bzw. innerhalb der GKV unverzüglich mitzuteilen.

Tarif E3

Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Rahmen eines Kollektivvertrages

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) mit Tarifbedingungen 2009 (TB/KK 2009).

A. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 Muster- und Tarifbedingungen)

Erstattet werden:

1. Heilmittel **100 %**

des gesetzlichen Eigenanteils nach Vorleistung der GKV. Als Heilmittel gelten: Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Massagen u. dgl. sowie medizinische Bäder jeder Art.

2. Sehhilfen **100 % bis zu 200 EUR**

der Kosten für Sehhilfen.

2.1. Erfolgt keine Vorleistung durch die GKV, entsteht ein Anspruch auf die Leistung für den erneuten Bezug einer Sehhilfe frühestens nach 24 Monaten seit dem letzten Bezug oder bei Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien.

2.2. Erfolgt eine Vorleistung durch die GKV, so werden nur die nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden Kosten erstattet.

Die Erstattung ist auf **200 EUR** pro Kalenderjahr begrenzt.

3. Medikamente **100 %**

des gesetzlichen Eigenanteils nach Vorleistung der GKV bei ärztlich verordneten Arznei- und Verbandmitteln.

4. Zahnersatz

4.1. 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. Gesondert vereinbarte ärztliche oder zahnärztliche Behandlung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes ist nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschl. Brücken, Kronen und Einlagefüllungen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnnes), 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 zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

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

4.2. Erstattungshöhe und Erstattungsvoraussetzung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Punkt A.4.1. werden zu

30 %

ersetzt. 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 Punkt A.4.1. nicht überschreiten.

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

5. Heilbehandlungen durch Heilpraktiker und Ärzte 80 %

bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.000 EUR** pro Versicherungsjahr (siehe dazu Tarifbedingung b zu § 4 (1) MB/KK 2009).

Erstattungsfähige Aufwendungen sind die im Rahmen einer ambulanten, stationären und zahnärztlichen Heilbehandlung angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arznei-, Verband- und Heilmittel, die im jeweils geltenden Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen oder im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Psychotherapeutische Leistungen gehören nicht zu naturheilkundlichen Behandlungsmethoden, auch wenn sie im GebüH aufgeführt sind.

Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis werden bis zu den Regelhöchstätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet. Unter Regelhöchstsatz ist zu verstehen der 2,3-fache Satz der GOÄ, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz. Leistungen des Heilpraktikers, die im GebüH geregelt sind, werden ausschließlich im Rahmen des GebüH erstattet.

Satz 5 der Tarifbedingung zu § 4 (2) MB/KK 2009 sowie § 4 (6) MB/KK 2009 finden für den genannten Leistungsbereich keine Anwendung.

Die Rechnungsbeträge gemäß Punkt A.5., bis zu denen eine Erstattung erfolgt, sind im 1. Versicherungsjahr auf **100 EUR** und im 2. Versicherungsjahr auf **200 EUR** beschränkt.

6. Krankenhausbehandlung 100 %

des gesetzlichen Eigenanteils nach Vorleistung der GKV für längstens 28 Tage innerhalb eines Kalenderjahres. Eine entsprechende Leistung wird auch bei stationären Kuren, stationären Rehabilitationsmaßnahmen und Anschlussheilbehandlungen für längstens 28 Tage innerhalb eines Kalenderjahres erbracht, wenn die GKV oder der gesetzliche Rentenversicherungsträger hierfür vorleistet.

Die für Unterkunft und Verpflegung anfallenden Mehrkosten des Mehrbettzimmers ohne privatärztliche Leistungen werden zu

100 %

erstattet, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland aufsucht. Voraussetzung ist, dass das aufgesuchte Krankenhaus gemäß Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) bzw. Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnet.

Zugunsten der versicherten Person verzichtet der Versicherer auf die Anwendung des § 4 (5) MB/KK 2009.

7. Krankentransport 100 %

des gesetzlichen Eigenanteils nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

8. Auslandsreisen 100 %

der Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff vor Auslandsreisen. Versichert sind Impfungen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis. Die Kostenerstattung ist beschränkt auf **100 EUR** pro Versicherungsjahr (siehe dazu Tarifbedingung b zu § 4 (1) MB/KK 2009).

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 nach Deutschland beim Tod einer versicherten Person während der Reise;
- der Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

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 Punkt A.8. Für eine versicherte Person, die die Staatsbürgerschaft eines EU-Staates besitzt, besteht in diesem Staat nur dann Versicherungsschutz im Sinne von Punkt A.8., falls diese versicherte Person einen ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat.

Für die Leistungen gemäß Punkt A.8. verzichtet der Versicherer auf die Erfüllung der Wartezeiten gem. § 3 der Musterbedingungen.

9. Vorsorgeleistungen **100 %**

der Aufwendungen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen für folgende ärztliche Leistungen, soweit sie nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung beansprucht werden können:

Für Kinder (Alter 0 - 14 Jahre):

Zusätzliche Kindervorsorgeuntersuchung im Alter von 8, 10, 12 und 14 Jahren (jeweils einmalig).

Für Jugendliche (Alter 15 - 19 Jahre):

Eine zusätzliche Jugendvorsorgeuntersuchung (Vergütung analog einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten eines Erwachsenen).

Für Erwachsene:

- a) Erweiterte Krebsvorsorge (einmal innerhalb von drei Jahren):
Für Frauen ab dem vollendeten 20. Lebensjahr:
Gynäkologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Gebärmutter, der Eierstöcke, eines weiteren inneren Organs; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Nativpräparat; Urin-Teststreifen.
Für Männer ab dem vollendeten 45. Lebensjahr:
Urologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Prostata, der Nieren, eines weiteren inneren Organs; PSA-Test; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Urin-Teststreifen.
- b) Ab dem vollendeten 20. Lebensjahr (einmal innerhalb von zwei Jahren):
Vorsorgeuntersuchung auf Hautkrebs.
- c) Ab dem vollendeten 20. Lebensjahr bis zum vollendeten 34. Lebensjahr (einmal innerhalb von vier Jahren):
Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten; Lungenfunktionsprüfung; Belastungs-EKG; Blutentnahme; Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild; Blutuntersuchung (Glukose, CRP, Cholesterin, HDL-, LDL-Cholesterin, Harnsäure, Harnstoff, Kreatinin, Gamma-GT, GPT, GOT); Urin-Teststreifen.
- d) Ab dem vollendeten 35. Lebensjahr in Verbindung mit der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung (einmal innerhalb von zwei Jahren):
Lungenfunktionsprüfung; Belastungs-EKG; Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild; Blutuntersuchung (CRP, Harnsäure, Harnstoff, Kreatinin, Gamma-GT, GPT, GOT); Urin-Teststreifen.
- e) Ab dem vollendeten 45. Lebensjahr zusätzlich (einmal innerhalb von drei Jahren):
Untersuchung zur Glaukom-Früherkennung.
- f) Ab dem vollendeten 55. Lebensjahr zusätzlich (einmal innerhalb von drei Jahren):
Doppler-Sonographie zur Schlaganfallvorsorge.

Leistungen gemäß Punkt A.9. werden bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet. Unter Regelhöchstsatz ist zu verstehen der 2,3-fache Satz der GOÄ, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz.

Ändert die gesetzliche Krankenversicherung den Leistungsumfang für Vorsorgeuntersuchungen, so kann der Versicherer mit Zustimmung des Treuhänders Einzelleistungen gemäß Punkt A.9. verändern, um für den Versicherten weiterhin einen sachgerechten Ergänzungsschutz sicherzustellen.

10. Ambulante Operationen **250 EUR**

als Entschädigung zur Abgeltung anderweitiger Aufwendungen, falls eine medizinisch notwendige Operation gemäß Indikationskatalog** nicht stationär, sondern ambulant durchgeführt wird. Der Versicherer kann den Indikationskatalog abändern, um ihn an den aktuellen Stand der medizinischen Entwicklung anzupassen. Als Nachweis genügt eine Bescheinigung des Arztes über Diagnose und Art der ambulanten Operation; anderweitige Aufwendungen müssen nicht nachgewiesen werden.

Die Erstattung der Kosten einer ambulanten Operation ist nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

***) Der Indikationskatalog für ambulante Operationen ist diesen Unterlagen beigelegt.

B. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind ausschließlich Personen, die bei einem Kooperationspartner der HanseMercur Krankenversicherung AG gesetzlich versichert sind und dort Anspruch auf ärztliche und zahnärztliche Behandlung haben.

Endet für eine versicherte Person der Versicherungsschutz bei diesem Kooperationspartner durch Wechsel zu einem anderen gesetzlichen Krankenversicherer oder endet der Kollektivvertrag zwischen dem Kooperationspartner und der HanseMercur Krankenversicherung AG, so

endet gleichzeitig der Versicherungsschutz nach diesem Tarif; die Versicherung wird in einem vergleichbaren Tarif der HanseMercur Krankenversicherung AG fortgeführt.

Endet für eine versicherte Person der Versicherungsschutz innerhalb der GKV, so endet die Versicherung nach Tarif E3 für die betreffende versicherte Person zum Ende des Monats, in dem der Wegfall der Voraussetzung eingetreten ist.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer die Beendigung des Versicherungsschutzes einer versicherten Person bei dem Kooperationspartner bzw. innerhalb der GKV unverzüglich mitzuteilen.