

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil III

TARIF GEP

VERSICHERUNGSSCHUTZ FÜR MITGLIEDER GESETZLICHER KRANKENKASSEN ERGÄNZUNG ZUR GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG (GKV)

Dieser Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung, Teil I: Musterbedingungen (MB/KK 2009) und Teil II: Tarifbedingungen (in einem gesonderten Druckstück B 600).

1. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder im Rahmen der Familienversicherung bei einem Träger der GKV in der Bundesrepublik Deutschland versichert sind und für die Versicherungsschutz nach Tarif GE bei der Deutschen Krankenversicherung besteht.

Bei Wegfall der Versicherung bei dem Träger der GKV oder bei Beendigung des Versicherungsschutzes nach Tarif GE endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen zum Ende des Monats, in dem die jeweilige Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit entfallen ist.

2. Leistungsumfang

a) Die Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung (§ 4 Abs. 9 c) AVB) werden wie folgt erstattet:
Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen):

- Personen mit Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV): Nach Vorleistung der GKV werden 10% der Restkosten, max. bis zu einem Höchstbetrag von 65 EUR pro Jahr, erstattet.
- Personen ohne Anspruch auf Leistungen für Sehhilfen gegenüber der GKV: Die Aufwendungen für Sehhilfen werden zu 10%, max. bis zu einem Höchstbetrag von 65 EUR pro Jahr, erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht für Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben erst, wenn eine Veränderung der Sehschärfe von wenigstens 0,5 Dioptrien auf einem Auge eingetreten ist.

b) Die Aufwendungen für zahnärztliche Behandlung (§ 4 Abs. 11 b) AVB) werden nach Vorleistung einer gesetzlichen Krankenkasse wie folgt erstattet:

Zahnersatz: 10% des Rechnungsbetrages nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse. Kein Erstattungsanspruch besteht bei implantologischen Leistungen.

Wird bei Zahnersatz keine Vorleistung der gesetzlichen Krankenkasse erbracht oder wird der Versicherte privat-zahnärztlich behandelt, gilt Folgendes:

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für:

- Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen), mit Ausnahme implantologischer Leistungen,
- Vorbereitende diagnostische und therapeutische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit unter Versicherungsschutz stehendem Zahnersatz erforderlich werden, mit Ausnahme funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen,
- Erstellen eines Heil- und Kostenplanes, soweit abweichend von § 5 Abs. 8 AVB die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte liegen (2,3-facher Satz für persönliche Leistungen, 1,8-facher Satz bzw. 1,15-facher Satz für so genannte medizinisch-technische Leistungen),
- zahn-technische Laborarbeiten und Materialien, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahn-technische Leistungen des Tarifs GE (Anlage) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchst-sätze berechnet sind.

Bei Zahnkronen und Brücken ist der Versicherungsschutz auf eine metallische Ausführung mit Verblendung bis jeweils zum Zahn 5 begrenzt, ab Zahn 6 auf eine metallische Ausführung ohne Verblendung.

Bei den Leistungen für Zahnersatz ist vor der Behandlung ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Nach Prüfung des Heil- und Kostenplans durch den Versicherer erhält der Versicherungsnehmer eine Mitteilung über die Versicherungsleistung.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 10% erstattet.

- c) Bei der Inanspruchnahme von Heilpraktikern sind abweichend von § 4 Abs. 9 a) alle Leistungen im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der Fassung von 1985 (GebüH 1985) bis zum Höchstsatz erstattungsfähig, ebenfalls die von Heilpraktikern verschriebenen Arzneimittel.
Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 70%, höchstens 620 EUR pro Jahr, erstattet.

3. **Anpassung des Versicherungsschutzes**

Um den Versicherungsschutz nach Tarif GEP wertbeständig zu erhalten, ist der Versicherer berechtigt, die Höchstbeträge des Preis- und Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen (Anlage) zu aktualisieren. Dies geschieht unter hinreichender Wahrung der Belange der Versicherten mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Gerne geben wir bei Fragen ausführliche Auskunft:
Kundenservice Center 0800/3746 444 (gebührenfreie
Rufnummer)