

Tarif AOK-MedOnTOP

Ergänzungsversicherung für gesetzlich Krankenversicherte

Es gelten die AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die GKV oder eine entsprechende private Zahnersatzversicherung (§ 58 SGB V) Leistungen erbracht hat.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.
2. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen. Die Versicherung im Tarif AOK-MedOnTOP endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zu dem Zeitpunkt, an dem die Versicherung in der GKV endet.

II. Versicherungsleistungen

1. Zahnersatz

a) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die im Rahmen einer medizinisch notwendigen Versorgung entstehenden Aufwendungen für Zahnersatz.

b) Erstattungshöhe und -voraussetzungen

Erstattet werden

50 %

der von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer sie ersetzenden privaten Zahnersatzversicherung (§ 58 SGB V) erbrachten Leistungen. Dabei werden die Leistungen nur insoweit berücksichtigt, wie sie auf Grundlage der Regelversorgung der GKV und der auf sie entfallenden Beträge nach §§ 55, 56 SGB V vorgesehen sind.

Die Erstattung ist zusammen mit den Leistungen der GKV und/oder einer privaten Zahnersatzversicherung auf insgesamt 90 % der Aufwendungen begrenzt.

In den ersten drei Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn ist die Erstattung auf jeweils höchstens 385 EUR begrenzt. Die Begrenzung entfällt, wenn die Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Die Aufwendungen sind durch die Vorlage der Originalrechnung mit dem entsprechenden Erstattungsvermerk der GKV und/oder einer privaten Zahnersatzversicherung nachzuweisen.

2. Sehhilfen

Die Aufwendungen für Brillen sowie Kontaktlinsen werden zu

60 %

bis zu 130 EUR innerhalb eines Zeitraumes von drei Kalenderjahren erstattet.

Hierbei werden die Aufwendungen im Kalenderjahr, in dem die Sehhilfe bezogen wird, und die aus den zwei vorhergehenden Kalenderjahren zusammengerechnet.

Die Leistungen für Sehhilfen nach diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Leistungen weiterer privater Versicherungen für Sehhilfen die entstandenen Aufwendungen nicht übersteigen. Der Versicherungsnehmer hat die Leistungen, die von der GKV und anderen Versicherern erbracht werden, nachzuweisen.

3. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete, apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, sofern kein Anspruch auf Versorgung durch die GKV besteht.

Diese werden zu

90 %

bis zu insgesamt 180 EUR im Kalenderjahr erstattet, wenn die Kostenbelege für ein Kalenderjahr einmalig gesammelt eingereicht werden.

Werden für ein Kalenderjahr mehrmals Belege zur Erstattung eingereicht, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen ab dem zweiten Erstattungsantrag nur noch zu

80 %

erstattet. Außerdem vermindert sich der für dieses Kalenderjahr insgesamt geltende Erstattungsbetrag auf 160 EUR.

Die Aufwendungen werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Arzneimittel bezogen wurden.

Die Aufwendungen sind durch Vorlage der ärztlichen Verordnung im Original mit dem Quittungsvermerk der Apotheke nachzuweisen.

Nicht erstattungsfähig sind Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht (insbesondere Arzneimittel zur Potenzsteigerung, zur Gewichtsreduzierung oder gegen an-

drogenetisch bedingten Haarausfall), die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, die auch der Empfängnisverhütung dienen oder nach Angaben des Herstellers die biologischen Alterungsvorgänge hemmen oder mildern. Verschreibungspflichtige Arzneimittel sind ebenfalls nicht erstattungsfähig.

Als Arzneimittel gelten nicht, selbst wenn sie im Einzelfall für die Behandlung einer Krankheit verordnet sind, Tonika, Diät-, Nähr-, Stärkungs-, Entfettungs- und Genussmittel, medizinische Weine, Mineralwasser, Badezusätze, Kosmetika und Mittel, die der Reinigung und Pflege des Körpers dienen.

4. Auslandsreisen

a) Erstattungshöhe und -voraussetzungen

Erstattet werden **100 %**

der Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante und stationäre Heilbehandlung bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall während vorübergehender Reisen bis zu einer Dauer von jeweils 60 Tagen.

b) Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- ambulante und stationäre Behandlung
 - ärztliche Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen und Hausbesuche einschließlich unaufschiebbarer Operationen und Operationsnebenkosten – mit Ausnahme für die Behandlung von geistigen und seelischen Störungen und Erkrankungen sowie für psychoanalytische, psychosomatische, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen
 - ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel
 - ärztlich verordnete Heilmittel (Inhalationen, Wärme- und Elektrotherapie sowie – nach einem während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfall – medizinische Bäder und Massagen) bis zu insgesamt 150 EUR je Versicherungsfall
 - ärztlich verordnete Hilfsmittel, soweit diese erstmals auf Grund eines während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfalls erforderlich werden, bis zu insgesamt 150 EUR je Versicherungsfall
 - Röntgendiagnostik, Strahlendiagnostik und Strahlentherapie
 - Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Heilbehandlung
 - medizinisch notwendiger Transport oder Verlegung durch anerkannte Rettungsdienste zum nächsterreichbaren zur Behandlung geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall
 - schmerzstillende Zahnbehandlung und die damit in Verbindung stehenden notwendigen Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Prothesen (nicht jedoch Neuanfertigung von Zahnersatz, Kronen und Inlays) bis zu insgesamt 300 EUR je Versicherungsfall.
- Krankenrücktransport
Erstattungsfähig sind die Mehraufwendungen eines medizinisch notwendigen Rücktransportes

aus dem Ausland, wenn am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist. Zusätzlich werden Mehraufwendungen für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch notwendig ist.

Die Rückführung muss an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare zur Behandlung geeignete Krankenhaus erfolgen. Unter Beachtung der medizinischen Gegebenheiten ist die jeweils kostengünstigste Transportart zu wählen.

Mehraufwendungen sind die Aufwendungen, die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich anfallen. Die durch den Rücktransport ersparten Fahrtkosten werden von der Versicherungsleistung abgezogen.

- Rückführung und Bestattung im Todesfall
Beim Tode der versicherten Person im Ausland werden die Aufwendungen für die Bestattung am Sterbeort oder die Überführung an deren letzten ständigen Wohnsitz erstattet.
- Ersatzkrankenhaustagegeld
Werden die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung von einem anderen Kostenträger übernommen, zahlt der Versicherer ein Krankenhaustagegeld von 20 EUR täglich.

c) Sonstige Bestimmungen

- An Stelle der Regelung in § 1 Absatz 4 AVB/VT gilt für den Versicherungsschutz auf Auslandsreisen Folgendes:
 - Als Ausland im Sinne von Ziffer II. 4 dieses Tarifes gilt nicht die Bundesrepublik Deutschland sowie die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat.
 - Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – jeweils mit Beendigung eines Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch mit Ablauf des 60. Tages des Auslandsaufenthaltes bzw. mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Ist die Rückreise zu diesem Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle längstens um 90 Tage.
- Abweichend von § 3 Absatz 2 und 3 AVB/VT entfallen für Behandlungen auf Auslandsreisen die Wartezeiten.
- Ergänzend zu den in § 5 AVB/VT genannten Leistungsausschlüssen besteht für Auslandsreisen, für deren Antritt ein Grund die Heilbehandlung im Ausland war, kein Versicherungsschutz. Gleiches gilt bei Heilbehandlungen, von denen bei Grenzüberschreitung bereits feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten, eingetragenen Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde.
- Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der UKV, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

III. Beiträge

1. Die Beiträge werden in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt und ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.
2. Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Geschlecht und Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Ab Beginn des Kalenderjahres, in dem eine versicherte Person das 15. bzw. das 20. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Eintrittsalter 15 bzw. 20 zu zahlen.

Bei Änderungen des Versicherungsschutzes berechnet sich der Beitrag nach den Bestimmungen des § 8a AVB/VT.

IV. Obliegenheiten

Der Abschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer bestehenden Versicherung, die Leistungen für Zahnersatz oder Sehhilfen zum Gegenstand hat, darf nur mit Einwilligung des Versicherers erfolgen. Dies gilt nicht für den Abschluss einer die GKV ersetzenden privaten Zahnersatzversicherung (§ 58 SGB V). Wird diese Obliegenheit verletzt, ist der Versicherer nach § 6 Absatz 1 VVG von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn er von seinem Kündigungsrecht innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden Gebrauch macht.

Abkürzungsverzeichnis

AVB/VT	AVB/VT – Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch
VVG	Gesetz über den Versicherungsvertrag