

Tarif 820 K

Kirchliche Höherversicherung

Stand: 01.01.2011, SAP-Nr. 302172, 12.2010

Die Versicherungsbedingungen umfassen diesen Tarif sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/KK-SV).

Versicherungsleistungen

Sehhilfen

Erstattungsfähig sind

1. Kosten für Brillen und Kontaktlinsen sowie Reparaturen bis zu insgesamt 155 Euro innerhalb eines Zeitraumes von drei Kalenderjahren.

Zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in welchem die Sehhilfe bezogen bzw. die Reparatur durchgeführt wird, zurückgerechnet.

2. Die Kosten werden ersetzt mit **100 %**.

Auslandsreisen

Erstattungsfähig sind

bei einem im Ausland unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall

3. Kosten für ambulante und stationäre Heilbehandlung während Reisen bis zu zwei Monaten Dauer. Hierzu gehören Kosten für

- ambulante ärztliche Heilbehandlung einschließlich Röntgendiagnostik und Strahlentherapie
- Arznei-, Heil- und Verbandmittel nach ärztlicher Verordnung sowie elektrische und physikalische Heilbehandlung nach ärztlicher Verordnung
- schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz und Kronen
- stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operations-Nebenkosten, sofern die Operation in einem im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhaus erfolgt
- den medizinisch notwendigen Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt
- Wegegebühren des Arztes, wenn am Ort kein Arzt vorhanden ist.

4. Nach Abzug der Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, sind ferner erstattungsfähig Kosten für

- medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport eines Erkrankten an den ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder zu einem geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland
- die Überführung bei Tod einer versicherten Person bis zu 10.230 Euro Versicherungsleistung
- die Bestattung einer versicherten Person im Ausland bis zur Höhe der Versicherungsleistung, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wäre.

5. Die Kosten werden ersetzt mit **100 %**.

Zahnersatz

Erstattungsfähig sind die Kosten für

- Zahnersatz (Zahnkronen, Brücken, Prothesen)
Bei Zahnkronen und Brücken ist eine metallische Ausführung mit Verblendung bis jeweils zum Zahn 5 erstattungsfähig, ab Zahn 6 eine metallische Ausführung ohne Verblendung.
- Füllungen sowie Gussfüllungen (Inlays)
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
- Erstellen eines Heil- und Kostenplanes
- zahntechnische Laborarbeiten zu marktüblichen Preisen
- implantologische Leistungen bei Vorliegen folgender Indikationen:
 - Einzelzahnlücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind,
 - Freiendlücke, wenn mindestens die Zähne 7 und 8 fehlen,
 - Fixierung einer Totalprothese.

Kosten für mehr als zwei Implantate pro Kiefer, einschließlich vorhandener Implantate, sind nur bei Einzelzahnlücken oder mit besonderer Begründung zur Fixierung von Totalprothesen erstattungsfähig; Kosten für mehr als vier Implantate pro Kiefer,

einschließlich vorhandener Implantate, sind von der Erstattung ausgeschlossen.

7. Innerhalb eines Zeitraumes von vier Kalenderjahren werden Leistungen aus einem Betrag bis zu insgesamt 15.350 Euro der erstattungsfähigen Kosten gezahlt.

Die Kosten gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

8. Von den Kosten werden ersetzt:

30 % bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von 7.675 Euro,

15 % der Kosten, die die Grenze von 7.675 Euro übersteigen, jedoch zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der Beihilfe nicht mehr als insgesamt 90 % des Rechnungsbetrages.

Zur Feststellung der erstattungsfähigen Kosten innerhalb des genannten Zeitraumes wird unter Einschluss des Kalenderjahres, in welchem die Behandlung endet, zurückgerechnet.

9. Dem Versicherer ist rechtzeitig vor Beginn der Behandlung ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Der Versicherer teilt dann den Umfang der erstattungsfähigen Kosten der versicherten Person mit.

Bei nicht rechtzeitiger Vorlage des Heil- und Kostenplanes werden die über 2.050 Euro hinausgehenden erstattungsfähigen Kosten zur Hälfte der tariflichen Leistung ersetzt.

10. Für das Erstellen eines Heil- und Kostenplanes werden 100 % ersetzt.

11. Kosten sind bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Regelhöchstsatz für persönliche ärztliche und zahnärztliche Leistungen ist der 2,3fache Gebührensatz, für medizinisch-technische Leistungen der 1,8fache Gebührensatz, für Laborleistungen der 1,15fache Gebührensatz.

Heilpraktiker

Erstattungsfähig sind

12. die Kosten für Behandlung durch einen Heilpraktiker im Sinne des Deutschen Heilpraktikergesetzes bis zu den Mindestsätzen der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH).

13. die Kosten für vom Heilpraktiker schriftlich verordnete oder verbrauchte Arznei- und Verbandmittel.

14. Die Kosten werden bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von insgesamt 1.535 Euro innerhalb eines Kalenderjahres mit 20 % ersetzt.

15. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für psychotherapeutische Behandlungen.

Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind

bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung in einem öffentlichen oder privaten Krankenhaus, das unter ständiger ärztlicher Leitung steht und über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt,

16. die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen

- für vollstationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre Heilbehandlungen (im Sinne von §115a SGB V) einschließlich stationärer Entbindungen
- für ambulante Operationen (im Sinne von §115b SGB V)

17. die Kosten für gesondert berechnete Unterkunft im Zweibettzimmer.

Bei Unterbringung in einem Einbettzimmer wird der Unterschiedsbetrag zwischen den Unterbringungszuschlägen für das Ein- und das Zweibettzimmer nicht ersetzt. Berechnet das Krankenhaus nur Zuschläge für Einbettzimmer, werden diese nicht ersetzt. Umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen nur Zimmer (Kategorien) mit drei

und mehr Betten und werden als gesondert berechenbare Unterkunft nur Einbettzimmer angeboten, sind 50 v. H. dieser Wahlleistung als Zweibettzimmerzuschlag erstattungsfähig.

Ausnahme: Akutfälle

18. Die Kosten werden ersetzt mit 100 %.

19. Werden Leistungen entweder nach Nummer 16 oder Nummer 17 nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld geleistet in Höhe von 16 Euro.

Werden Leistungen nach Nummer 16 und Nummer 17 nicht in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld geleistet in Höhe von 32 Euro.

20. Dient der stationäre Aufenthalt überwiegend der psychotherapeutischen Behandlung, werden Leistungen nicht gezahlt.

Sonstige Tarifbedingungen

21. Der Versicherer leistet im festgelegten Umfang für medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen und Entbindung.

22. Die Leistungen umfassen Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Der Versicherer leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

23. Arzt- und Zahnarztkosten sind insoweit erstattungsfähig, als sie nach den in der GOÄ oder GOZ festgelegten Grundsätzen berechnet werden.

24. Die Leistungen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, der Beihilfe und gegebenenfalls einer weiteren privaten Zusatzversicherung die angefallenen Kosten nicht übersteigen. Die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie anderweitige Leistungen sind nachzuweisen.

25. Alle Rechnungen und sonstige Unterlagen, aus denen Leistungsansprüche geltend gemacht werden, sind in Urschrift beizufügen.

26. Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Beiträge

27. Monatliche Beiträge je Person

820 K

| Alter | Männer Euro | Frauen Euro |
|---|----------------|----------------|
| Erwachsene | | |
| 15 bis 64 Jahre | 23,63 | 25,74 |
| ab 65 Jahre | 68,32 | 58,80 |
| Kinder (im Sinne des Beihilferechts) | | |
| 0 bis 18 Jahre | 4,44 | 4,44 |
| 19 bis 27 Jahre | 9,66 | 9,66 |

Der Berechnung der Beiträge wird das Lebensalter (die Lebensaltersgruppe) zugrunde gelegt, das (die) die versicherte Person in dem Monat, für den der Beitrag zu entrichten ist, vollendet bzw. vollendet hat.

Wichtiger Hinweis:

Ambulante ärztliche Heilbehandlung – auch durch Ärzte für Naturheilverfahren oder Homöopathie – ist nicht Bestandteil der Tarife 820 K.

Kosten hierfür sind deshalb nicht erstattungsfähig.

Ausnahme: Auslandsreisen im Sinne der Nummern 3 bis 5.

Die Kosten für stationäre Heilbehandlungen, die in einer Einrichtung stattfinden, die auch Kur- und Sanatoriumsbehandlung durchführt (so genannte gemischte Anstalt), sind nur erstattungsfähig, wenn vorher eine schriftliche Zusage erteilt wurde.

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-----------|---|
| SGB V | Fünftes Sozialgesetzbuch |
| GOÄ | Gebührenordnung für Ärzte |
| GOZ | Gebührenordnung für Zahnärzte |
| GebüH | Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker |
| AVB/KK-SV | Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung nach Art der Schadenversicherung |