

Tarif EJ

Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

Erstattungsfähige Aufwendungen sind die in den Punkten A.1. - A.3. beschriebenen nachgewiesenen Kosten.

1. Gesundheitsprävention

Erstattungen für Gesundheitspräventionen sind auf insgesamt **120 EUR**

innerhalb von jeweils 24 Monaten begrenzt. Im ersten und zweiten Versicherungsjahr (siehe dazu § 8 (1) AVB/KS) werden jeweils nur **60 EUR** erstattet.

Als Gesundheitsprävention gelten ausschließlich folgende Aufwendungen:

- a) Beiträge für die Mitgliedschaft in einem Sportverein oder Fitness-Club;
- b) Beiträge für die Teilnahme an Yoga- und Pilates-Kursen;
- c) Beiträge für die Teilnahme an Sportkursen gemäß § 20 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V);
- d) Anschaffungskosten für Fitness-Tracker;
- e) Anschaffungskosten für Thera-Bänder;
- f) Professionelle Zahnreinigung.

Als Sportvereine aus Punkt A.1. a) gelten nur solche, deren Zweck der Mitgliedschaft in der eigenen körperlichen Ertüchtigung liegt. Zusätzlich darf die ausgeübte Sportart nicht zu den in Punkt A.2. Absatz 3 aufgeführten Risikosportarten zählen.

Ergänzend zu § 1 (2) AVB/KS gelten auch die Aufwendungen aus Punkt A.1. als Versicherungsfall. Es werden nur Aufwendungen erstattet, die nach Versicherungsbeginn entstanden sind. Beiträge sind nur erstattungsfähig, soweit die Teilnahme oder Mitgliedschaft nach Versicherungsbeginn begründet wurde. Alle Aufwendungen werden nur nach Erbringung eines Nachweises in textlicher Form erstattet. Hierzu genügt eine vom Anbieter erstellte Rechnung oder ein Kontoauszug, aus dem eindeutig der Name der behandelten Person, der Rechnungsbetrag und der Leistungszeitraum hervorgehen. Für Aufwendungen aus Punkt A.1. d) und A.1. e) genügt bereits eine handelsübliche Quittung, auf der das Kaufdatum, die Artikelbeschreibung und die Kostenhöhe vermerkt sind. Für Punkt A.1. f) gelten als erstattungsfähige Aufwendungen die Rechnungsbeträge, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

2. Krankenhausbehandlung bei Unfall

Erstattungsfähig nach den Punkten A.2.1. und A.2.2. ist die medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung für einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall (vgl. § 1 (1) AVB/KS).

Die Leistungspflicht entfällt für Unfälle, die auf die Ausübung einer der folgenden Risikosportarten zurückzuführen sind:

Skispringen, Drachenfliegen, Paragliding, Fallschirmspringen, Wingsuit-Fliegen, Base-Jumping, Klippenspringen, Freeclimbing, Free-Solo-Klettern, Apnoe- bzw. technisches Tauchen, Wildwasserkajak-Fahren, Wildwasserschwimmen, Motorrennsport, Boxen, Kickboxen, Thaiboxen, Vollkontaktkarate oder Rugby.

Der Versicherer kann mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders auch für bestehende Verträge den Katalog der von der Leistungspflicht ausgeschlossenen Risikosportarten erweitern, wenn neue, gefährliche Sportarten einen signifikanten Anteil an den Leistungsfällen aufweisen. Die Änderung wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderung an den Versicherungsnehmer folgt. In diesem Fall hat der Versicherungsnehmer das Recht, das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung zu kündigen. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

2.1. Wahlleistungen

100 %

Erstattungsfähig sind die Kosten für Wahlleistungen gemäß § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Hiernach gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer sowie die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung durch den Chefarzt. Die privatärztliche Behandlung durch den Belegarzt wird der Chefarztbehandlung gleichgestellt. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Bereitstellung eines Fernsprechers oder für Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese ebenfalls tarifgemäß erstattet.

Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnbehandlung, -ersatz oder Kieferorthopädie sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes nach Punkt A.2.1.

Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (z. B. Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte) sind nicht erstattungsfähig.

Abweichend von § 5 (1) d AVB/KS werden bei stationären Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen keine Leistungen erbracht.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, werden Aufwendungen für Wahlleistungen im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß KHEntG oder BPfIV angefallen wären.

Bei einem Verzicht auf Kostenerstattung für versicherte Leistungen wird pro Behandlungstag ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe gezahlt:

- bei Verzicht auf die Erstattung für die gesonderte Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer 30 EUR,
- bei Verzicht auf die Erstattung für privatärztliche stationäre Behandlung 20 EUR.

2.2. Zuzahlung Krankenhaus 100 %

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

Zugunsten der versicherten Person verzichtet der Versicherer auf die Anwendung des § 4 (5) AVB/KS.

3. Auslandsreisen 100 %

der Aufwendungen für Schutzimpfungen vor Auslandsreisen werden einschließlich der Kosten für den Impfstoff erstattet. Versichert sind Impfungen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis. Die Kostenerstattung ist auf **100 EUR** pro Versicherungsjahr (siehe dazu § 4 (1) AVB/KS) beschränkt.

Ambulante und stationäre Heilbehandlungen im Ausland werden während maximal 12-wöchigen Reisen zu

100 %

erstattet. Als Heilbehandlung gelten:

- ärztliche Behandlungen einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Behandlung wegen Fehlgeburt; nicht aber Schwangerschaftsunterbrechungen und Entbindungen (mit Ausnahme von Frühgeburten) sowie psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen;
- 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 Behandlungen, sofern diese in einer Einrichtung erfolgen, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt;
- Hin- und Rücktransporte zu dem für die Behandlung nächsterreichbaren geeigneten Arzt oder Krankenhaus;
- ambulant oder stationär durchgeführte Operationen.

Erfordert eine vom Versicherungsschutz erfasste Erkrankung, dass die Heilbehandlung während des Auslandsaufenthaltes über 12 Wochen hinaus fortgesetzt werden muss, so besteht die Leistungspflicht für die Zeit der nachgewiesenen Transportunfähigkeit fort. Die Kosten 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 12 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 Behandlungen;
- der über die bei planmäßiger Rückreise hinaus entstehenden Kosten für einen medizinisch notwendigen 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.

Für Reisen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland angetreten werden, besteht kein Versicherungsschutz.

Für eine versicherte Person, die EU-Ausländer ist (die also weder die deutsche Staatsangehörigkeit noch diejenige eines anderen EU-Staates besitzt), besteht im Land ihrer Staatsangehörigkeit oder im Land ihres (weiteren) ständigen Wohnsitzes kein Versicherungsschutz für Auslandsreisen. Für eine versicherte Person, die die Staatsbürgerschaft eines EU-Staates besitzt, besteht in diesem Staat nur dann Versicherungsschutz, wenn sie ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat.

Für die Leistungen nach Punkt A.3. verzichtet der Versicherer auf die Erfüllung der Wartezeiten gem. § 3 (2) AVB/KS.

B. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif EJ können Personen versichert werden, die bei einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) der Bundesrepublik Deutschland versichert sind und ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben.

Entfällt eine dieser Voraussetzungen, so endet die Versicherung für die betreffende 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 innerhalb der GKV oder den Wegzug aus Deutschland unverzüglich mitzuteilen.

C. Beiträge

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Ab dem Ende des Kalenderjahres, in dem das 14. bzw. das 39. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen der AVB/KS zur Beitragsanpassung gemäß § 8b AVB/KS bleiben hiervon unberührt.