

Tarif AZT

Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Es gelten die **Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)**
für die **Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung**
Teil I – **Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)** mit Teil II – **Tarifbedingungen (TB/KK 2011)**.

I. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif AZT können Personen versichert werden, die bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

II. Leistungen des Versicherers

1. Sehhilfen

Die Leistungen für Sehhilfen aus diesem Tarif dürfen zusammen mit den Leistungen der GKV die angefallenen Kosten nicht übersteigen.

Die Aufwendungen für Brillen sowie Kontaktlinsen werden zu **100 %** bis zu 180 EUR erstattet. Ein erneuter Anspruch entsteht nach Ablauf von 36 Monaten.

2. Heilmittel

Erstattung des gesetzlichen Eigenanteils nach Vorleistung der GKV zu 100 %.

Als Heilmittel gelten:

Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Massagen sowie medizinische Bäder jeder Art.

3. Ambulante Heilbehandlungen durch Heilpraktiker und Ärzte

Die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlungen durch Heilpraktiker sowie durch Ärzte (Leistungsanspruch siehe im Folgenden) werden erstattet zu **80 %** des Rechnungsbetrages. Erstattet werden bis zu 520 EUR im Versicherungsjahr.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen des Heilpraktikers im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) sowie die von ihm verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel.

Als erstattungsfähig gelten ebenso Aufwendungen für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden einschließlich Heil- und Arzneimitteln bei Behandlungen sowie Verordnungen nach den Methoden der besonderen Therapierichtungen (Homöopathie, Phytotherapie, anthroposophische Medizin) durch Ärzte. Als solche gelten Verrichtungen, die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) oder dem Leistungsverzeichnis für die selbständigen Angehörigen der Heilberufe (Hinweis Nr. 1 zu § 6 Abs. 1 Nr. 3 der Beihilfevorschriften des Bundes (BhV)) aufgeführt sind.

§ 4 Nr. 2, Satz 3 TB/KK 2011 findet für diesen Leistungsbereich keine Anwendung.

4. Zahnersatz

Es werden 20 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz erstattet. Als erstattungsfähige Aufwendungen gelten die Rechnungsbeträge, soweit die Gebühren im Rahmen der Regelhöchstsätze der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Unter Regelhöchstsatz ist zu verstehen der 2,3fache Satz der GOZ bzw. GOÄ, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der GOÄ der 1,15fache Satz.

Die Gesamterstattung einschließlich der Vorleistung darf 90 % des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nicht überschreiten.

Als Zahnersatz gelten:

Prothetische Leistungen einschließlich Kronen, Zahnbrücken, Stützähne und Reparaturen sowie Eingliederungen von Aufbissbehelfen und Schienen, funktionsanalytische, funktionstherapeutische und implantologische Leistungen. Einlagefüllungen (Inlays) gelten nicht als Zahnersatz.

Die Erstattungsfähigkeit für Implantate ist begrenzt auf das Einbringen von bis zu 4 Implantaten in den zahnlosen Unterkiefer und den darauf zu befestigenden Zahnersatz.

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 abändern, um die Erstattung der angemessenen Kosten für zahntechnische Leistungen (§ 9 GOZ) sicherzustellen.

Übersteigt der zu erwartende Rechnungsbetrag für Zahnersatz 2.050 EUR, so ist dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorzulegen. Der Versicherer wird diesen Heil- und Kostenplan prüfen und den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen dem Versicherungsnehmer mitteilen. Wird der Heil- und Kostenplan nicht vor Beginn der Behandlung eingereicht, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen zur Hälfte der tariflichen Leistungen ersetzt.

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

5. Kurtagegeld

Gezahlt werden 13 EUR je Tag, wenn und solange die gesetzliche Kranken- oder Rentenversicherung bei stationärer Kur- oder Sanatoriumsbehandlung Leistungen erbringt. Entsprechende Nachweise müssen erbracht werden.

6. Auslandsreisen

Ambulante und stationäre Heilbehandlung im Ausland während vorübergehender Reisen bis zu 6 Wochen Dauer **100 %**

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- und 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 bis zur Dauer von vier Wochen über das Ablaufdatum des Versicherungsschutzes hinaus (vorübergehende Reisen bis zu 6 Wochen Dauer), übernommen.

Schmerzstillende Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) **100 %**

Kein Leistungsanspruch besteht für Zahnersatz, Stiftzähne, Gussfüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung.

Die über die bei planmäßiger Rückreise hinaus entstehenden Kosten für einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport **100 %**

Überführungskosten beim Tod einer versicherten Person während der Reise bis zu **10.230 EUR**

Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären, höchstens bis zu **10.230 EUR**

Bei Reisen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden, besteht kein Versicherungsschutz.

Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in dem sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Bei mehrfacher Staatsangehörigkeit bzw. für Staatsangehörige der EU-Staaten besteht Versicherungsschutz auch in dem Staatsgebiet, dessen ausländische Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt, wenn diese ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland hat.

7. Schutzimpfungen

Erstattet werden die Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff vor Auslandsreisen. Hierzu gehören Impfungen gegen Cholera, Typhus, Malaria und Hepatitis. Weiterhin fallen unter den Versicherungsschutz Immunglobuline (z. B. Beriglobin, Endobulin, Gammagard, Gammaglobin, Gamma-bulin, Gamma-Venin), die vor Auslandsreisen zur Prophylaxe gegen Infektionen verordnet werden.

Die Kostenerstattung ist begrenzt auf 105 EUR pro Versicherungsjahr.

Für die Leistungen gemäß II.6. und II.7. verzichtet der Versicherer auf die Erfüllung der Wartezeiten gem. § 3 der Musterbedingungen.

III. Beendigung des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person unverzüglich mitzuteilen. Das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif endet für die betreffende versicherte Person zum Ende des Monats, in dem der Wegfall der Voraussetzungen eingetreten ist.

IV. Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung nach Maßgabe der Tarifbedingungen.