



Krankheitskostenteilversicherung

Teil III

Krankheitskostenteilversicherungstarif: KIDU

gültig für ab dem 21.12.2012 abgeschlossene geschlechtsunabhängige Tarife

Umfassende Zusatzversicherung für Kinder und Jugendliche als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009 und II Tarifbedingungen der HUK-COBURG-Krankenversicherung, soweit sie nicht ausdrücklich durch nachstehende Bestimmungen geändert oder ergänzt werden.

Versicherungsfähig sind Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres, die Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf GKV-Leistungen haben.

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen bei Wegfall dieser Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG unverzüglich in Textform mitzuteilen.

Bei Vollendung des 21. Lebensjahres entfällt die Versicherungsfähigkeit nach diesem Tarif und der Versicherungsschutz endet zu diesem Zeitpunkt. Der Versicherungsnehmer hat dann aber das Recht, den Versicherungsschutz in entsprechende Tarife für erwachsene GKV-Mitglieder ohne erneute Risikoprüfung und unter Anrechnung der Wartezeiten umzustellen. Der Antrag auf Tarifumstellung muss dem Versicherer spätestens zwei Monate vor dem Umstellungszeitpunkt vorliegen. Bereits bestehende Sondervereinbarungen werden bei Vertragsumstellung übernommen.

I. Allgemeines

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung in dem unter Ziffer II dargestellten Leistungsumfang.

Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

Erstattungsfähig sind die in Ziffer II 3 a) bis e) genannten Leistungen auch für Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und für die Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim. Die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung des behandlungsbedürftigen

Säuglings nach der Entbindung werden aus dessen Krankheitskostenversicherung erstattet.

Als erstattungsfähige Aufwendungen gelten ärztliche und zahnärztliche Leistungen sowie Leistungen durch Heilpraktiker, Hebammen, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten und Kieferorthopäden, wenn sie gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnungen (Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebüH), Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) und Gebührenordnung der Psychologischen Psychotherapeuten (GOP)) berechnet werden. Die Leistungen werden bis zu den jeweiligen Höchstsätzen der Gebührenordnungen gezahlt. Für die GOÄ, GOZ und GOP handelt es sich um Höchstsätze im Sinne des jeweiligen § 5 der Gebührenordnung.

Kooperationspartner der HUK-COBURG-Krankenversicherung bzw. einer Tochtergesellschaft der HUK-COBURG stehen für eine medizinisch hochwertige und kostengünstige Versorgung der Kunden.

Durch Inanspruchnahme dieser Kooperationspartner kann sich der tarifliche Erstattungsanspruch (wie im Tarif genannt) erhöhen. Die regionale Verteilung der Kooperationspartner ist unterschiedlich ausgeprägt. Die Adressen teilen wir gerne auf Anfrage mit. Sie sind darüber hinaus einsehbar unter www.huk.de.

II. Versicherungsleistungen

1. Sehhilfen

Aufwendungen für medizinisch notwendige Sehhilfen unabhängig von der Art und Anzahl sind zu 100 % bis zu einem Höchstbetrag von 300 € innerhalb von zwei Kalenderjahren erstattungsfähig.

Bei Nutzung eines Kooperationspartners erhöht sich der Erstattungsanspruch auf 350 € innerhalb von zwei Kalenderjahren.

Der Höchstbetrag bezieht sich auf die erstattungsfähigen Aufwendungen des Bezugsjahres der Sehhilfen sowie des vorangegangenen Kalenderjahres.

Die Kosten für Reinigungs- und Pflegemittel sind nicht erstattungsfähig.

2. Behandlung durch Heilpraktiker und Naturheilverfahren

Nachstehend aufgeführte Leistungen für die Behandlung durch Heilpraktiker und ambulante Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker einschl. Arznei- und Verbandmittel werden zu 80 % erstattet. Die Erstattung ist auf insgesamt 1.000 € je Kalenderjahr begrenzt.

- a) ambulante Behandlungen (mit Ausnahme von Psychotherapie) und verordnete Arznei- und Verbandmittel durch Heilpraktiker,
- b) ambulante Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker, die von der GKV nicht übernommen werden, einschließlich der in diesem Zusammenhang verordneten Arznei- und Verbandmittel.

Die Erstattungspflicht für Naturheilverfahren durch Ärzte und Heilpraktiker ist auf folgende im sog. »Hufeland-Verzeichnis« genannte Maßnahmen beschränkt:

Akupunktur, Akupressur, Ausleitende Verfahren, Bioenergetische Medizin, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung, Homöopathie, Neuraltherapie, Osteopathie, Ozontherapie, Reflexzonenmassage, Sauerstoff-Therapie, Shiatsu.

Als Arzneimittel, auch wenn sie vom Humanmediziner verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel, Stärkungspräparate (z.B. Vitamine/Mineralstoffe), kosmetische Präparate, Potenz-, Verhütungs-, Gewichtsreduktions- und Haarwuchsmittel, Präparate zur Raucherentwöhnung, Lifestyle- und Anti-Agingpräparate sowie Mittel, die nicht zu einer gezielten Behandlung einer bestehenden Erkrankung eingesetzt werden.

Vitamin-, Nähr- und Stärkungspräparate werden bei nachgewiesener medizinischer Notwendigkeit zur Vermeidung lebensbedrohlicher schwerer gesundheitlicher Schäden, z.B. Morbus Crohn und Mukoviszidose oder während einer Schwangerschaft gezahlt.

3. Wahlleistungen im Krankenhaus

a) Wahlleistungen

Wahlleistungen für medizinisch notwendige stationäre Behandlungen werden zu 100 % erstattet.

Als Wahlleistungen gelten die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (einschl. der Kosten eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung) sowie gesondert berechnete ärztliche und medizinische Leistungen (z. B. Chefarzt, Belegarzt sowie Beleghebamme/-entbindungspfleger).

b) Ersatz-Krankenhaustagegeld

Bei Verzicht auf gesondert berechnete Unterkunft wird ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 40 € gezahlt. Werden keine gesondert berechneten ärztlichen Leistungen geltend gemacht, wird ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 30 € erstattet. Werden weder der Leistungsanspruch für gesondert berechnete Unterkunft noch gesondert berechnete ärztliche Leistungen geltend gemacht, wird ein Tagegeld von insgesamt 70 € geleistet.

Das Ersatz-Krankenhaustagegeld wird für jeden vollen Kalendertag (0 Uhr bis 24 Uhr) des medizinisch notwendigen und durchgeführten Krankenhausaufenthaltes erstattet. Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammen als ein voller Tag gewertet.

c) Mitaufnahme einer Begleitperson (Rooming-In)

Muss eine versicherte Person stationär behandelt werden, erstatten wir für jeden vollen Kalendertag (0 Uhr bis 24 Uhr)

bei medizinisch notwendiger Aufnahme einer Begleitperson ein Krankenhaustagegeld von 15 €. Aufnahme- und Entlassungstag werden zusammen als ein voller Tag gewertet.

d) Freie Krankenhauswahl in Deutschland

Erstattungsfähig sind die Mehrkosten, die nach Vorleistung der GKV verbleiben, zu 100 %, wenn ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus in Deutschland gewählt wird.

e) Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung

Gesondert berechnete ärztliche Leistungen für eine ambulante Aufnahme- und eine Abschlussuntersuchung im Krankenhaus anlässlich einer stationären Heilbehandlung werden zu 100 % erstattet.

f) Für die erstattungsfähigen Leistungen gemäß 3 a) bis e) gilt:

Erstattet werden bei einer stationären Psychotherapie die Aufwendungen nach Ziffer 3 a) bis e) für bis zu 30 Behandlungstage je Kalenderjahr.

Ausgenommen von der Erstattung ist die bei stationärer Heilbehandlung zu entrichtende gesetzliche Zuzahlung.

Erfolgt für die stationäre Heilbehandlung keine Leistung durch die GKV, so entfällt die Erstattung nach diesem Tarif.

Für die in § 5 (1.2) AVB genannten Entziehungsmaßnahmen erfolgt keine Erstattung nach diesem Tarif.

4. Zahnärztliche Leistungen

a) Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz werden mit 30 % ersetzt. Zusammen mit den Leistungen der GKV werden maximal 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt. Eine Vorleistung der GKV ist erforderlich.

Wenn ein von der HUK-COBURG-Krankenversicherung genanntes zahntechnisches Labor in Anspruch genommen wird, erhöht sich der tarifliche Erstattungsanspruch für Material- und Laborkosten um 5 % auf 35 % bzw. 95 %.

Werden Kronen, Brücken, Prothesen sowie deren Reparaturen im Rahmen der gesetzlichen Regelversorgung (kassenzahnärztliche Leistung) durchgeführt, ergänzt die HUK-COBURG-Krankenversicherung die Leistung der GKV auf 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Bei Implantaten ist die Erstattung für eine Versorgung auf bis zu 6 Stück im Ober- und bis zu 4 Stück im Unterkiefer beschränkt. Bereits vorhandene Implantate werden angerechnet.

Für funktionsanalytische Leistungen erfolgt eine Erstattung, wenn sie im Zusammenhang mit einer Zahnersatzmaßnahme von mehr als 6 Zähnen pro Kiefer medizinisch notwendig sind.

Als Zahnersatz (Honorar sowie Material- und Laborkosten) gelten prothetische, implantologische (z.B. Implantate, Stifzähne, Brücken) sowie augmentative Leistungen (z.B. Knochenaufbau), Versorgung mit Kronen (z.B. Voll- und Teilkronen, Onlays) jeder Art, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen, wie z.B. Entfernen von Zähnen oder Provisorien.

Verblendungen werden jeweils bis zum Zahn 5 erstattet.

b) Inlays

Inlays werden bei der Erstversorgung eines Zahns und als Ersatz von bestehenden Inlays sowie bei einer zwingenden medizinischen Indikation (insbesondere Amalgam-Allergie) gezahlt.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Inlays werden mit 50 % ersetzt. Zusammen mit einer eventuellen Leistung der GKV werden maximal 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

Wenn ein von der HUK-COBURG-Krankenversicherung genanntes zahntechnisches Labor in Anspruch genommen wird, erhöht sich der tarifliche Erstattungsanspruch für Material- und Laborkosten um 5 % auf 55 % bzw. 95 %.

Beim Austausch defekter plastischer Füllungen (z. B. Amalgamfüllung) werden für den/die gleichen betroffenen Zahn/Zähne pro Inlay bis zu 150 € Rechnungsbetrag zu 50 % erstattet.

Ein Inlay (Einlagefüllung) ist eine in einem zahntechnischen Labor hergestellte Zahnfüllung. Zur Inlayversorgung (Honorar sowie Material- und Laborkosten) zählen auch die damit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen (z.B. provisorische Versorgung, besondere Maßnahmen beim Füllen).

c) Für die erstattungsfähigen Leistungen gemäß 4 a) und b) gilt:

Der Erstattungsbetrag für Zahnersatz und Inlays ist auf insgesamt 1.000 € je Versicherungsjahr (sh. § 8 (2.1) AVB) begrenzt.

Bei der Erstattung der zahntechnischen Leistungen (Material- und Laborkosten) werden maximal die jeweils teuersten Höchstsätze des Bundeseinheitlichen Leistungsverzeichnisses für zahntechnische Leistungen (BEL) in seiner jeweils gültigen Fassung zu Grunde gelegt. Die Erstattungshöchstsätze sind im beigelegten Preis-Leistungsverzeichnis (PLV) für zahntechnische Leistungen (sh. Anlage) niedergelegt. Darüber hinaus sind im PLV auch Erstattungshöchstsätze für nicht im BEL geregelte zahntechnische Leistungen, wie z.B. Inlays oder Keramikkrone, enthalten. Soweit sich die jeweils teuersten Höchstsätze des BEL verändern, verändert sich insoweit auch die Höhe der Erstattungshöchstsätze der entsprechenden Positionen des PLV. Bei Positionen des PLV, die nicht vom BEL erfasst sind, erfolgt eine Anpassung nach Maßgabe der durchschnittlichen Veränderung der Höchstsätze des BEL. Die jeweils aktuelle Fassung des PLV kann auch über www.huk.de abgerufen werden.

Wenn rechtzeitig vor Beginn der Behandlung bei Zahnersatz und Inlays eine Kopie des von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplans mit dem Kostenvoranschlag des Zahnarztes, der auch spezifische Kosten für Material- und Laborkosten enthält, eingereicht wird, informiert die HUK-COBURG-Krankenversicherung über die Höhe der zu erwartenden Erstattung. Eine Kürzung der Tarifleistung allein auf Grund eines fehlenden Heil- und Kostenplanes erfolgt nicht.

d) Besondere Bedingungen bei der Leistung für Zähne, die bereits bei Vertragsschluss gefehlt haben und zu diesem Zeitpunkt noch nicht ersetzt waren:

- Zahnersatzmaßnahmen für bei Vertragsschluss fehlende, noch nicht ersetzte Zähne (mit Ausnahme der Milch- und Weisheitszähne) sind von der Leistungspflicht ausgeschlossen. Ein sogenannter »vollständiger Lückenschluss« gilt nicht als fehlender Zahn.
- Wird im Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen Kronenversorgung die durch den/die fehlenden Zahn/Zähne vorhandene Lücke geschlossen, erfolgt eine anteilsmäßige tarifliche Kostenerstattung im Verhältnis der behandelten,

vorhandenen Zähne zur Gesamtzahl der an dieser Zahnersatzmaßnahme beteiligten Zähne unter Einrechnung des fehlenden Zahns.

Beispiel:

Es erfolgt an den Zähnen 24 bis 26 eine Kronen-/Brücken-/Kronenversorgung mit erstattungsfähigen Aufwendungen über 1.500 €. Die GKV beteiligt sich auf Grund regelmäßigen Vorsorgeverhaltens in den letzten 10 Jahren mit einem Festzuschuss von 500 €.

Somit werden 3 Zähne versorgt – einschließlich Zahn 25, der bei Vertragsschluss fehlte. Die anteilige Erstattung für diese Gesamtversorgung beträgt daher 2/3 der Tarifleistung (2 von 3 Zähnen).

Bei einer Tarifleistung von 450 € (1.500 € x 30 %) beträgt die Erstattung aus diesem Tarif 300 € (2/3 ausgehend von 450 €). Die maximale Erstattung mit den Leistungen der GKV zusammen in Höhe von 90 % (1.500 € x 90 % = 1.350 €) wird in diesem Beispiel nicht erreicht.

5. Kieferorthopädie

Erstattungsfähig sind 100 % der Mehrkosten für Kieferorthopädie-Leistungen bei Behandlungsgrad der Kieferorthopädie der Stufen 3 – 5 (KIG-Stufen 3 – 5). Die Erstattungen sind dabei auf

100 € im ersten Kalenderjahr,
200 € im zweiten Kalenderjahr,
300 € im dritten Kalenderjahr und
400 € jährlich ab dem vierten Kalenderjahr begrenzt.

Die Regelleistungen einer kieferorthopädischen Behandlung zählen nicht zu den erstattungsfähigen Aufwendungen nach diesem Tarif, ebenso wie die zunächst einbehaltenen Eigenanteile, die nach abgeschlossener Behandlung von der GKV erstattet werden (§ 29 SGB V).

Eine Übernahme der Regelleistungen durch die GKV ist erforderlich.

Zur Prüfung der Kostenübernahme sind der Heil- und Kostenplan und der Bewilligungsbescheid der GKV rechtzeitig vor Behandlungsbeginn bei der HUK-COBURG einzureichen.

Mehrkosten im Sinne des Tarifs sind Leistungen für Spezialbrackets, spezielle Bögen/Bänder, professionelle Zahnreinigungen (höchstens zweimal pro Gesamtbehandlung), Versiegelungen der Zähne und eine Funktionsanalyse sowie sonstige Leistungen, z. B. besondere (Röntgen-) Diagnostik oder spezielle Modellauswertungen.

6. Kindervorsorgeuntersuchungen U10, U11 und J2

Für die beim Arzt durchgeführten Kinder-/Jugendlichenvorsorgeuntersuchungen U10, U11 und J2 werden die Aufwendungen zu 100 % bis max. 50 € je o. g. Vorsorgeuntersuchung erstattet.

III. Für alle erstattungsfähigen Leistungen gilt:

Die Wartezeit beträgt gemäß § 3 AVB für alle Leistungen 3 Monate, für Kieferorthopädie, Zahnersatz, Entbindung und Psychotherapie 8 Monate. Bei Unfällen entfällt die Wartezeit von 3 Monaten. Während der Wartezeit besteht kein Leistungsanspruch.

IV. Serviceleistungen

1. Schnelligkeitsgarantie

Die HUK-COBURG-Krankenversicherung garantiert eine schnelle Bearbeitung der Leistungsanträge innerhalb von zwei Wochen. Sollte dies nicht innerhalb dieses Zeitraums geschehen, zahlt sie als »Entschuldigung« 10 €. Die zwei Wochen zählen ab Posteingang bei der HUK-COBURG-Krankenversicherung AG, Feiertage innerhalb dieses Zeitraums verlängern die Frist entsprechend. Voraussetzung für unser Versprechen ist lediglich, dass Sie zum Einreichen Ihrer Rechnungen entweder den Leistungsscheck oder einen von uns angebotenen elektronischen Weg nutzen.

Bitte informieren Sie sich außerdem auf www.huk.de über Einreichungsmöglichkeiten, die Ihnen die Schnelligkeitsgarantie sichern.

2. Gebührenrechtliche Unterstützung

Bei Fragen zum Gebührenrecht bietet die HUK-COBURG-Krankenversicherung Unterstützung bei Streitfragen und bei der Abwehr von ungerechtfertigten Ansprüchen. Auf Wunsch wird die Kommunikation mit den Leistungserbringern wie mit Ärzten oder Krankenhäusern übernommen.

3. Spezialistensuche

Die HUK-COBURG-Krankenversicherung unterstützt auf Wunsch für Behandlungen im tariflichen Rahmen bei der Suche nach Behandlungsmöglichkeiten und Ärzten. Ist die Behandlung bei einem von der HUK-COBURG-Krankenversicherung benannten Arzt nur zu Gebührensätzen möglich, die im Rahmen einer Honorarvereinbarung über den Höchstsätzen der Gebührenordnung geregelt werden, so werden diese übernommen.

4. Gesundheitsportal

Unter der Internetadresse www.huk.de können umfassende Informationen rund um das Thema Gesundheit und Aktuelles aus Medizin und Forschung abgerufen werden.

V. Monatsbeiträge

Der Tarif wird nach Art der Schadenversicherung kalkuliert. Es werden keine Alterungsrückstellungen gebildet.

Der Monatsbeitrag beträgt 15,23 €.

Eventuell vereinbarte Zuschläge (beispielsweise Risikozuschläge) sind hier noch nicht berücksichtigt.

Durch Beitragsanpassungen gemäß § 8b der AVB kann sich der genannte Beitrag verändern.

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem gültigen Versicherungsschein.