

Wesentliche Merkmale der Tarif bKV-U und ZbKV-U

Versicherungsschutz für Auslandsreisen von bis zu 8 Wochen

Ambulante Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung für ambulante ärztliche Heilbehandlung
- 100% Kostenerstattung für Heilmittel gemäß tariflicher Aufzählung
- 100% Kostenerstattung für Arznei- und Verbandmittel

Zahnärztliche Leistungen

- 100% Kostenerstattung für schmerzstillende Zahnbehandlung
- 100% Kostenerstattung für Reparaturen von Zahnersatz

Stationäre Heilbehandlung

- 100% Kostenerstattung für Unterkunft
- 100% Kostenerstattung für ärztliche Behandlung
- 100% Kostenerstattung für Krankentransport

Krankenrücktransport aus dem Ausland

Nicht versichert sind

- Zahnersatz einschließlich Kronen, Inlays und Kieferorthopädie
- Psychotherapie
- Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung

Tarif bKV-U und ZbKV-U (Urlaub)

Krankheitskosten-Zusatzversicherung

Fassung Januar 2024

Der Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt für die Gruppenversicherung nur in Verbindung mit Teil I (Musterbedingungen des Verbandes der privaten Krankenversicherung [MB/KK 2009]) und Teil II (Tarifbedingungen TB/KK 2013) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, sowie in den Tarifen bKV/Gruppe in Verbindung mit den Zusatzbedingungen für die arbeitgeberfinanzierte betriebliche Krankenzusatzversicherung nach bKV-Tarifen und in den Tarifen ZbKV/Gruppe mit den Zusatzbedingungen für die Krankenzusatzversicherung nach ZbKV- und ZbKVA-Tarifen. Für die Einzelversicherung gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Zusatzversicherung nach ZbKV- und ZbKVA-Tarifen der Einzelversicherung.

I. Versicherungsfähigkeit

1. Versicherungsfähigkeit in der Gruppenversicherung

1.1 Tarif bKV-U/Gruppe

Versicherungsfähig sind alle Personen, sofern sie als Mitarbeiter/-in in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar sind (bKV-U-Mitarbeiter).

1.2 Tarif ZbKV-U/Gruppe

Versicherungsfähig sind – soweit im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages versicherbar –

a) Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft und Kinder eines bKV-U-Mitarbeiters solange der bKV-U-Mitarbeiter nach Tarif bKV-U versichert ist,

b) Mitarbeiter/innen die nicht in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenzusatzversicherung versicherbar sind und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft und Kinder,

c) Rentner und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft und Kinder.

d) Mitglieder des Versicherungsnehmers und deren Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz Partner einer eheähnlichen Gemeinschaft und Kinder.

2. Versicherungsfähigkeit in der Einzelversicherung

Tarif ZbKV-U

Versicherungsfähig sind außerdem alle Personen, die im unmittelbaren Anschluss auf den Verlust der Versicherungsfähigkeit nach 1.1 oder 1.2 ihr Weiterversicherungsrecht in der Einzelversicherung in Anspruch nehmen.

II. Versicherungsleistungen

Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherte nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz deren Leistungen notwendig bleiben. Dies gilt auch dann, wenn in diesen Versicherungsverträgen ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart ist, unabhängig davon, wann die anderen Versicherungsverträge geschlossen wurden.

1. Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalt

Erstattungsfähig sind die bei einem im Ausland eintretenden Versicherungsfall entstehenden Aufwendungen.

Es entfallen die in Teil I und Teil II der Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaus-tagegeldversicherung genannten allgemeinen und besonderen Wartezeiten ersatzlos.

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Nicht als Ausland gelten die Länder, in denen die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat, sowie die Bundesrepublik Deutschland.

Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von 8 Wochen nicht übersteigt. Bei längerem Auslandsaufenthalt besteht Versicherungsschutz für die ersten 8 Wochen.

Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Hauptversicherten auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.

Erfordert eine Krankheit oder Unfallfolge aus medizinischer Sicht wegen

- Reiseunfähigkeit einen Auslandsaufenthalt über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus, so besteht Leistungspflicht im Rahmen dieser Bedingungen für maximal sieben weitere Tage und einen Rücktransport. Der Rücktransport muss innerhalb dieser sieben Tage mit dem dazu notwendigen Transportmittel erfolgen und über die HALLESCHE Krankenversicherung organisiert werden.
- Transportunfähigkeit einen Auslandsaufenthalt über das Ende des Versicherungsschutzes hinaus, so besteht Leistungspflicht bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit einschließlich eines Rücktransportes. Der Rücktransport muss mit dem dazu notwendigen Transportmittel erfolgen und über die HALLESCHE Krankenversicherung organisiert werden.

Der Anspruch auf Kostenerstattung vermindert sich um die Rückreisekosten, die bei normalem Verlauf der Reise entstanden wären.

2. Erstattet werden

2.1 100% der medizinisch notwendigen Aufwendungen für

- ärztliche Heilbehandlung,
- Arznei-, Heil- und Verbandmittel aufgrund ärztlicher Verordnung. Als Heilmittel gelten Bestrahlungen, Inhalationen und elektrophysikalische Maßnahmen,
- schmerzstillende Zahnbehandlung und notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz,
- Unterkunft, Verpflegung und Pflege im Krankenhaus,
- den Transport zur stationären Behandlung in das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus oder den Unfalltransport zur ambulanten Behandlung zum nächst erreichbaren Notfallarzt.

2.2 100% der notwendigen Kosten für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport (Beförderung kranker oder verletzter Personen, die nicht mit eigenen oder öffentlichen Verkehrsmitteln als gewöhnlicher Passagier reisen können) in die Bundesrepublik Deutschland, wenn die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat und

wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist, oder wenn nach Art und Schwere der Erkrankung bzw. Unfallfolgen die zukünftige medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung im Ausland voraussichtlich einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigt.

Der Anspruch auf Kostenerstattung vermindert sich um die Rückreisekosten, die bei normalem Verlauf der Reise entstanden wären, soweit dem Versicherten wegen der Nichtinanspruchnahme Erstattungsansprüche zustehen.

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, gelten Satz 1 und 2 entsprechend für einen Rücktransport in den Staat, in den der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde.

2.3 100% der notwendigen Kosten einer Überführung im Todesfall in die Bundesrepublik Deutschland, wenn die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat, bis zu einer Höhe von 5.000 € bei einer Überführung aus dem europäischen Ausland, sonst bis 10.000 €.

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, gilt Satz 1 entsprechend für eine Überführung im Todesfall in den Staat, in den der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde.

2.4 100% der Kosten für eine Bestattung außerhalb der Bundesrepublik Deutschland bei einem Todesfall während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes bis zu dem Betrag, der bei einer Überführung erstattet worden wäre, wenn die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, gilt Satz 1 entsprechend für eine Bestattung außerhalb des Staates, in den der gewöhnliche Aufenthalt verlegt wurde.

3. Andere Kostenträger

Macht der Versicherungsnehmer die im Ausland entstandenen Heilbehandlungskosten, die unter die Leistungspflicht dieser Bestimmungen fallen, zuerst bei einem anderen Versicherer/Kostenträger geltend und beteiligt sich dieser an der Kostenerstattung, so zahlt die HALLESCHE Krankenversicherung über die tarifliche Leistung hinaus

3.1 bei einer stationären Behandlung zusätzlich ein Krankenhaus-tagegeld von 50 € täglich für maximal 14 Tage, das jedoch insgesamt nicht höher ist als 50 % der vom anderen Kostenträger übernommenen Kosten;

3.2 bei ambulanten Behandlungen (unabhängig von der Anzahl der Behandlungen und Erkrankungen) zusätzlich einmalig einen Betrag von 25 € pro behandelter Person und Reise.

4. Keine Leistungspflicht besteht über § 5 AVB/KK 2009 hinaus für

4.1 Krankheiten und deren Folgen sowie für Folgen von Unfällen, deren Heilbehandlung im Ausland der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;

4.2 Heilbehandlungen, von denen bereits bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden müssen;

4.3 Verletzungen von Berufssportlern, die durch die aktive Teilnahme an Sportwettkämpfen verursacht wurden;

4.4 Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung. Aufwendungen werden aber insoweit erstattet, als unvorhergesehene ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden

Schwangerschaftskomplikationen und in der Folge auch bei Fehl- oder Frühgeburt oder Schwangerschaftsabbruch notwendig ist;

4.5 Zahnersatz einschließlich Kronen, Inlays und für Kieferorthopädie;

4.6 Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie;

4.7 Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung (ausgenommen Unfalltransporte);

4.8 Hilfsmittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind, sofern sie nicht allein infolge eines Unfalles erstmals notwendig werden und der direkten Behandlung der Unfallfolgen dienen.