

Wesentliche Merkmale der Tarifstufe HIT.U

- 100% Kostenerstattung für medizinisch notwendige Heilbehandlung für Auslandsreisen von einer Dauer von bis zu 8 Wochen (ambulant, stationär, Zahn, Auslandsrücktransport)

Tarifstufe HIT.U/Gruppe

Urlaubsreise-Zusatzversicherung für Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung

Fassung Januar 2013

Der Tarif ist nur gültig in Verbindung mit den zugehörigen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung sowie den zugehörigen Zusatzbedingungen für die Gruppenversicherung.

I. Versicherungsfähigkeit

In diesen Tarif können alle nach einem Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personen aufgenommen werden, sofern sie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Tarifstufe HIT.U/Gruppe kann innerhalb des Tarifs HIT nur mit den Tarifstufen HIT.Z/Gruppe, HIT.Z40/Gruppe, HIT.S/Gruppe oder HIT.HP/Gruppe kombiniert werden.

II. Versicherungsleistungen

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

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Als Ausland gelten alle Staaten mit Ausnahme derjenigen, deren Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in denen sie einen ständigen Wohnsitz hat. Hat die versicherte Person einen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland und besitzt sie die Staatsangehörigkeit eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, so gilt als Ausland jeder Staat, in dem die versicherte Person keinen ständigen Wohnsitz hat.

Besteht Anspruch auf Leistungen der GKV, so sind diese in Anspruch zu nehmen.

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 leistungspflichtige Krankheit oder Unfallfolge aus medizinischen Gründen einen Auslandsaufenthalt über 8 Wochen hinaus, so verlängert sich die Leistungspflicht für diese Krankheit oder Unfallfolge bis zur Wiederherstellung der Rückreisefähigkeit.

Der Versicherer erstattet

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 medizinischen Transport zur stationären Behandlung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt.

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. Der Anspruch auf Kostenerstattung vermindert sich ggf. 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.

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 5.250 € bei einer Überführung aus dem europäischen Ausland, sonst bis 10.500 €.

Verlegt die 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.

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 die 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.

Keine Leistungspflicht besteht über § 5 AVB/KK GV 09 hinaus für

- Krankheiten und deren Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Sportarten, die nach der allgemeinen Lebenserfahrung außerhalb der gewöhnlichen Urlaubsgestaltung liegen, verursacht werden, es sei denn, der Versicherer hat eine entsprechende Zusage vorab erteilt,
- Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung; Aufwendungen werden aber insoweit erstattet, als unvorhergesehene ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist,
- Zahnersatz einschließlich Kronen und für Kieferorthopädie,
- Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie,
- Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung (ausgenommen Unfalltransporte),
- Hilfsmittel.

III. Beiträge

Die monatlichen Beitragsraten betragen in €:

Eintrittsalter	
0-25	0,15
26-65	0,38

Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

Kinder zahlen bis zum Ende des Jahres, in dem das 16. Lebensjahr vollendet wird, den Beitrag für die Altersgruppe 0-16. Vom Beginn des nächsten Jahres an bis zum Ende des Jahres, in dem das 25. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag für die Altersgruppe 17-25 zu zahlen. Danach ist der Beitrag für das Alter 26 zu zahlen.