

Tarif LAK 101

Langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung (Einzelpersonen)

Stand: 01.01.2007, SAP-Nummer: 325553

Der Tarif gilt nur in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB/LAK).

1. Wer kann sich versichern?

Versicherungsfähig sind Personen, die nur vorübergehend ins Ausland reisen und zum Zeitpunkt der Ausreise einen ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

2. Was umfasst der Versicherungsschutz?

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse, die während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts auftreten. Er leistet bei einem im Ausland – bzw. gemäß Ziffer 3.2 in der Bundesrepublik Deutschland – unvorhergesehen eintretenden Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.

3. Wo besteht der Versicherungsschutz?

3.1 Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Nicht als Ausland gilt die Bundesrepublik Deutschland.

3.2 Erfolgt eine nur vorübergehende Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland, so besteht Versicherungsschutz auch in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einer Dauer von sechs Wochen je Aufenthalt.

4. Für welche Versicherungsdauer kann der Vertrag abgeschlossen werden?

Der Versicherungsvertrag kann bei Personen, die bei Abschluss des Vertrages das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, für maximal drei Jahre abgeschlossen werden (maximale Dauer des Versicherungsschutzes). Bei Personen, die bei Abschluss des Vertrages das 65. Lebensjahr vollendet haben, kann der Versicherungsvertrag für maximal ein Jahr abgeschlossen werden.

5. Was ist ein Versicherungsfall?

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gelten auch

- ein medizinisch notwendiger Krankenrücktransport,
- die Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
- der Tod.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

6. Welche Versicherungsleistungen werden erbracht?

6.1 Ambulante Heilbehandlung:

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu **100 %**

ersetzt.

Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung die Aufwendungen für:

- ärztliche Leistungen (z. B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Röntgenleistungen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt; gezielte Vorsorgeuntersuchungen);
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers;
- Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut empfohlen werden. Ausgenommen sind Impfungen aus Anlass einer Auslandsreise oder aus beruflichen Gründen;
- ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel. Nicht als Arzneimittel gelten, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate,

Mineral- und Badezusätze sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden;

- ärztlich verordnete Heilmittel: medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Wärme-, Licht- und Elektrotherapie sowie Krankengymnastik (jeweils bis zu 20 Behandlungen im Kalenderjahr);
- ärztlich verordnete Hilfsmittel in einfacher Ausführung: Bandagen, Blutzuckermessgeräte (bis zu 50 EUR Rechnungsbetrag) sowie Teststreifen, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gipslieschalen, Gummistrümpfe, Hörgeräte (bis zu 500 EUR Rechnungsbetrag), Korrekturschienen, Krankenfahrstühle (bis zu 1.000 EUR Rechnungsbetrag), künstliche Glieder, orthopädische Rumpf-, Arm- und Beinstützapparate, orthopädisches Schuhwerk (bis zu 135 EUR Rechnungsbetrag im Jahr), Sehhilfen (bis zu 180 EUR Rechnungsbetrag im Jahr), Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Unterarmgehstützen;
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie.

6.2 Stationäre Heilbehandlung:

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu **100 %**

ersetzt.

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung im Ausland die Aufwendungen für:

- ärztliche Leistungen und Nebenkosten sowie Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers;
- Unterkunft- und Verpflegungskosten.

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung während einer vorübergehenden Rückkehr nach Deutschland gemäß Ziffer 3.2 die Aufwendungen für:

- allgemeine Krankenhausleistungen;
- Leistungen der Hebamme und des Entbindungspflegers im Rahmen der Hebammenhilfe-Gebührenverordnung;
- Unterkunftszuschlag für Ein- oder Zweibettzimmer;
- gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen.

6.3 Außerdem werden die Kosten eines medizinisch notwendigen Transports zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus oder nächsterreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall erstattet.

6.4 Zahnärztliche Behandlung:

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:

a) Zahnbehandlung zu **100 %**.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- operative und konservierende Zahnbehandlung (z. B. Zahnfüllungen, Zahnziehen, Parodontosebehandlungen, Prophylaxe, Arzneien);
- Röntgenaufnahmen der Zähne.

b) Zahnersatz und Kieferorthopädie zu **80%** bis zu 4.200 EUR in jeweils zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren.

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für:

- Prothetik (z. B. auch Brücken, Implantate, Kronen, Inlays);
- Zahn- und Kieferregulierungen, sofern die Behandlung vor Vollendung des 18. Lebensjahres beginnt;
- Gnathologie (Funktionsanalyse und -therapie);
- Erstellen eines Heil- und Kostenplanes.

Bei Zahnersatz und Kieferorthopädie muss dem Versicherer vor Beginn von entsprechenden Maßnahmen ein Heil- und Kostenplan des Zahnarztes vorgelegt werden, wenn die zu erwartenden Aufwendungen innerhalb eines Kalenderjahres 1.000 EUR übersteigen. Der Versicherer wird diesen Kostenvoranschlag unverzüglich prüfen und den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen dem Versicherungsnehmer mitteilen. Wird der Heil- und Kostenplan nicht vor Beginn der Behandlung eingereicht, wird für den 1.000 EUR übersteigenden Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie die Hälfte der tariflichen Leistungen ersetzt.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen umfassen auch zahntechnische Laborarbeiten und Materialien.

6.5 Bei Heilbehandlungen während einer vorübergehenden Rückkehr in die Bundesrepublik Deutschland gemäß Ziffer 3.2 werden die Kosten für ärztliche und zahnärztliche Leistungen übernommen, soweit diese im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

6.6 Die Mehrkosten eines medizinisch notwendigen Rücktransports aus dem Ausland werden erstattet, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist. Zusätzlich werden die Mehrkosten für eine Begleitperson erstattet, wenn die Begleitung medizinisch notwendig ist.

Die Rückführung muss an den ständigen Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

Mehrkosten sind die Kosten, die durch den Eintritt des Versicherungsfalls für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich anfallen. Die durch den Rücktransport ersparten Fahrtkosten werden von der Versicherungsleistung abgezogen.

6.7 Beim Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung am Sterbeort oder der Überführung an deren letzten ständigen Wohnsitz erstattet.

6.8 Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung besteht freie Wahl unter den im Aufenthaltsland allgemein anerkannten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

6.9 Werden die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung von einem anderen Kostenträger teilweise übernommen, zahlt der Versicherer neben den verbleibenden erstattungsfähigen Restkosten ein Krankenhaustagegeld. Das Krankenhaustagegeld errechnet sich wie folgt: Höhe der Kostenbeteiligung geteilt durch die Anzahl der Tage der stationären Behandlung – höchstens 30 EUR täglich. Anstelle jeglicher Kostenerstattung bei stationärer Behandlung kann ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR pro Tag gewählt werden.

7. In welchen Fällen besteht kein Versicherungsschutz?

7.1 Keine Leistungspflicht besteht:

- a) für Heilbehandlungen, von denen bei Grenzüberschreitung feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- b) für Krankheiten und Unfallfolgen, deren Heilbehandlung alleiniger Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise war;
- c) für Gesundheitsschäden und für Todesfälle, die durch kriegerische Ereignisse oder innere Unruhen verursacht worden sind; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen ins Ausland überraschend von diesen Ereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz entfällt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines kriegerischen Ereignisses oder einer inneren Unruhe auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält;
- d) für auf Vorsatz, Selbstmord, Selbstmordversuch oder auf Sucht (z. B. Alkohol oder Drogen) beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entgiftungs-, Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen;
- e) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen;
- f) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Diese Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person während des Auslandsaufenthaltes dort ihren Wohnsitz hat oder wenn während eines

vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

- g) für Behandlung durch Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner, Eltern oder Kinder; nachgewiesene Sachkosten werden nach Ziffer 6 erstattet;
- h) bei Behandlung seelischer und geistiger Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie;
- i) für eine durch Siechtum, Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung;
- j) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall bereits eingetreten ist, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.

7.2 Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung für die Verhältnisse des Reiselandes nicht angemessen, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

7.3 Besteht Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld werden hiervon jedoch nicht berührt.

7.4 Soweit im Versicherungsfall ein Dritter leistungspflichtig ist oder eine Entschädigung aus anderen Versicherungsverträgen beansprucht werden kann, gehen diese Leistungsverpflichtungen vor. Meldet der Versicherungsnehmer den Versicherungsfall der UKV, wird diese jedoch im Rahmen ihrer Verpflichtungen in Vorleistung treten.

8. Wartezeiten

Für Entbindung, Zahnersatz und Kieferorthopädie gilt eine Wartezeit von acht Monaten ab Versicherungsbeginn. Sie entfällt bei Unfällen.

9. Was kostet der Versicherungsschutz?

Der Beitrag wird bei Abschluss sowie bei Verlängerung des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt. Von dem auf die Vollendung des 14., 19., 29., 39., 49., 64. Lebensjahres folgenden Kalenderjahr an ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen. Die Bestimmungen der AVB zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.