

Tarif LER 101

Krankheitskostenvollversicherung für in die Bundesrepublik Deutschland einreisende Personen (Einzelpersonen)

Stand: 01.12.1999, V344

I. Allgemeines

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die langfristige Auslandsreise-Krankenversicherung (AVB) und die folgenden Tarifbedingungen.

Nr. 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes (zu § 1 AVB)

Geltungsbereich ist die Bundesrepublik Deutschland.

Erfolgt nur eine vorübergehende Rückkehr in das Heimatland, so gilt die Fortführung der Versicherung und die Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf das Heimatland bis zur Dauer von 6 Wochen als vereinbart. Als Heimatland gilt das Land, dessen Staatsangehörigkeit die versicherte Person besitzt oder in dem sich der letzte ständige Wohnsitz befindet.

Nr. 2 Versicherungsfähigkeit (zu § 1 Nr. 4 AVB)

Versicherungsfähig sind alle Personen, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen und die nur vorübergehend in die Bundesrepublik Deutschland einreisen.

Darüber hinausgehende Vereinbarungen bedürfen der Zusage durch den Versicherer.

Nr. 3 Umfang der Leistungspflicht (zu § 4 AVB)

Beim Tode der versicherten Person werden die Kosten der Bestattung am Sterbeort oder der Überführung in das Heimatland bis zu 10.225,84 EUR (20.000 DM) erstattet.

Nr. 4 Auszahlung der Versicherungsleistungen (zu § 6 AVB)

Für die Überführungs- und Bestattungskosten im Ausland gemäß Tarifbedingung Nr. 3 ist neben den Kostenbelegen eine amtliche Urkunde vorzulegen.

Nr. 5 Ende des Versicherungsschutzes (zu § 7 AVB)

1. Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Fälle - mit Beendigung des Aufenthaltes in der Bundesrepublik Deutschland. Nr. 1 Satz 2 der Tarifbedingung bleibt von dieser Regelung unberührt.

2. Muss eine in der Bundesrepublik Deutschland begonnene Behandlung im Zeitpunkt des Ablaufs der Versicherung fortgesetzt werden, so verlängert sich die Leistungsdauer ohne weitere Beitragszahlung, solange Transportfähigkeit nicht gegeben ist, höchstens jedoch um 90 Tage.

Nr. 6 Beitrag (zu § 8 AVB)

Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag. Der erste Beitrag ist bei Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen. Er ist zu Beginn eines jeden Kalenderjahres zu entrichten, kann aber im Falle der Abbuchung von einem deutschen Konto in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden.

II. Versicherungsleistungen

1. Ambulante Heilbehandlung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 % ersetzt. Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung die nachstehenden Aufwendungen für:

- ärztliche Beratungen, Besuche, Verrichtungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen
- ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel mit Ausnahme von Nähr- und Stärkungsmitteln
- Heilmittel; hierzu gehören ausschließlich medizinische Bäder, Massagen, Inhalationen, Wärme-, Licht- und Elektrotherapie
- Hilfsmittel in einfacher Ausführung; hierzu gehören ausschließlich Bandagen, Brillengestelle (bis zu 25,56 EUR (50 DM) Rechnungsbetrag im Jahr), Brillengläser, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gipslieschalen, Gummistrümpfe, Hörgeräte,

Kontaktlinsen, Korrekturschienen, künstliche Glieder, orthopädisches Schuhwerk (bis zu 127,82 EUR (250 DM) Rechnungsbetrag im Jahr), Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf)

- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie.

2. Stationäre Heilbehandlung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 % ersetzt. Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung die Aufwendungen für:

- Krankenhauspflegesatz
- gesondert berechenbare Nebenleistungen (diagnostische und therapeutische Verfahren sowie Medikamente, die nicht im Pflegesatz berücksichtigt sind)
- Leistungen der Hebamme
- gesondert berechenbare Leistungen eines Belegarztes im Drei- und Mehrbettzimmer

sowie

- Unterkunftszuschlag für Ein- oder Zweibettzimmer, sowie gesonderte Zuschläge für Verpflegung, Sanitärzelle, Fernsprecher, Radio- und Fernsehgerät
- gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen
- medizinisch notwendiger Transport zum nächsterreichbaren Krankenhaus.

3. Zahnärztliche Behandlung

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden wie folgt ersetzt:

- für Zahnbehandlung zu 100 %
- für Zahnersatz und Kieferorthopädie zu 80 % bis zu 2.045,17 EUR (4.000 DM) in jeweils 2 aufeinander folgenden Kalenderjahren; hierzu gehören auch Kronen und Inlays, soweit die Gebühren für zahnärztliche Behandlung im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Zahnärzte und Ärzte (GOZ; GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

III. Beiträge

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Jahr der Geburt.