

Tarif EFK

Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif EFK können Personen versichert werden, die bei einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) der Bundesrepublik Deutschland versichert sind und dort Anspruch auf ärztliche Behandlung haben.

Endet die Versicherung in der GKV, so endet die Versicherung für die betreffende versicherte Person zum Ende des Monats, in dem der Wegfall der Versicherungsfähigkeit eingetreten ist.

B. Allgemeine Regelung zur Familienversicherung

1. Definitionen

Als Familienangehörige im Sinne dieses Tarifs gelten:

- leibliche oder adoptierte Kinder, Stiefkinder und Enkel jeweils bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres,
- Eltern und Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 des Lebenspartnerschaftsgesetzes in der bis zum 22.12.2018 geltenden Fassung sowie Lebensgefährten.

In den nachfolgenden Bedingungen wird die aus dem Versicherungsnehmer und den nach Punkt B. 2. mitversicherten Familienangehörigen des Versicherungsnehmers bestehende Gruppe „Familie“ genannt.

2. Familienversicherung und Beiträge

Neben dem Versicherungsnehmer als beitragspflichtiger versicherter Person können bis zu fünf Familienangehörige des Versicherungsnehmers, die im Haushalt des Versicherungsnehmers leben, beitragsfrei mitversichert werden. Unter den beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen darf sich zur selben Zeit maximal eine Person befinden, die das 20. Lebensjahr bereits vollendet hat.

Der Versicherungsnehmer hat für sich selbst und für alle beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen einen Beitrag zu entrichten, der unabhängig von der Anzahl an beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen ist. Weitere Familienangehörige, die das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und im Haushalt des Versicherungsnehmers leben, können gegen einen Risikozuschlag mitversichert werden. Letzterer bezieht sich allein auf das aufgrund der größeren Anzahl versicherter Personen erhöhte Risiko; Vorerkrankungen werden nicht berücksichtigt.

3. Ende der Versicherung für mitversicherte Familienangehörige

Die Versicherung endet für mitversicherte Familienangehörige mit dem Wegfall der in den Punkten B. 1. und B. 2. genannten Voraussetzungen für die Mitversicherung (z. B. bei Austritt aus dem Haushalt des Versicherungsnehmers oder Vollendung des 20. Lebensjahres durch ein Kind, ein Stiefkind, einen Enkel oder eine durch einen Beitragszuschlag mitversicherte Person).

C. Versicherungsleistungen

1. Heilmittel 100 %

des gesetzlichen Eigenanteils nach Vorleistung der GKV. Als Heilmittel gelten: Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen, Massagen u. dgl. sowie medizinische Bäder jeder Art.

2. Auslandsreisen

Bei Reisen ins Ausland besteht der Versicherungsschutz für die unter den Punkten 2.1. bis 2.9. aufgeführten Leistungen für maximal 6 Wochen. § 1 (4) AVB/KS findet in Bezug auf diese Leistungen keine Anwendung.

Erfordert eine unter den Versicherungsschutz fallende Erkrankung während des Auslandsaufenthalts eine Heilbehandlung, die über den tariflich zugesagten Versicherungsschutz von 6 Wochen hinausgeht, so besteht die Leistungspflicht für die Heilbehandlungskosten weiter, sofern die Rückreise wegen einer nachgewiesenen Transportunfähigkeit nicht möglich ist. Die Kosten werden allerdings nur bis zum Tage der Transportfähigkeit, längstens jedoch bis zur Dauer von 4 Wochen über das planmäßige Ende des Versicherungsschutzes hinaus übernommen.

Nicht versichert sind Reisen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden.

Erstattungsfähig sind 100 %

bei

- 2.1. Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff vor Auslandsreisen. Versichert sind Impfungen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis. Die Kostenerstattung ist beschränkt auf **100 EUR** pro Versicherungsjahr (siehe dazu § 4 (1) AVB/KS);

- 2.2. ärztlichen Behandlungen einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Behandlung wegen Fehlgeburt; nicht aber bei psychoanalytischer und psychotherapeutischer Behandlung, Schwangerschaftsunterbrechungen und Entbindungen (mit Ausnahme von Frühgeburten);
- 2.3. ärztlich verordneten Medikamenten und Verbandmitteln.
Als Medikamente gelten nicht - auch wenn sie ärztlich verordnet sind - Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate;
- 2.4. ärztlich verordneten Strahlen-, Licht- und sonstigen physikalischen Behandlungen; ärztlich verordneten Massagen, medizinischen Packungen und Inhalationen; ärztlich verordneten Hilfsmitteln, die infolge eines Unfalls notwendig werden; Röntgendiagnostik;
- 2.5. stationären Behandlungen und Operationen, sofern diese in einer Einrichtung erfolgen, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt; Transport zum für die Behandlung geeigneten nächsterreichbaren Krankenhaus bzw. Arzt und zurück;
- 2.6. schmerzstillender Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie bei Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen).
Nicht versichert sind Zahnersatz, Stiftzähne, Metallgussfüllungen, Überkronungen und kieferorthopädische Behandlung;
- 2.7. Kosten für einen medizinisch notwendigen Rücktransport, die über die Kosten der planmäßigen Rückreise hinaus entstehen;
- 2.8. Überführungskosten nach Deutschland beim Tod einer versicherten Person während der Reise;
- 2.9. Bestattungskosten im Ausland bis zu einer Höhe von maximal **5.000 EUR**.

Für eine versicherte Person, die als EU-Ausländer weder die deutsche Staatsangehörigkeit noch diejenige eines anderen EU-Staates besitzt, besteht im Land ihrer Staatsangehörigkeit kein Versicherungsschutz im Sinne von Punkt C. 2. Das gleiche gilt für das Land, in dem sie einen weiteren Wohnsitz hat.

Für eine versicherte Person, die die Staatsbürgerschaft eines EU-Staates besitzt, besteht in diesem Staat nur dann Versicherungsschutz, wenn sie ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat.

Für Leistungen gemäß Punkt C. 2. verzichtet der Versicherer auf die Erfüllung der Wartezeiten gem. § 3 AVB/KS.

3. Krankenhausbehandlung für Personen unter 20 Jahren bei Unfall

Die Leistungspflicht nach Nr. 3.1., 3.2. und 3.3. besteht ausschließlich für Personen unter 20 Jahren und gilt nur dann, wenn die Krankenhausbehandlung auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall (vgl. § 1 (1) AVB/KS) zurückzuführen ist.

Sie entfällt für Unfälle, die auf die Ausübung folgender Risikosportarten zurückzuführen sind:

Skispringen, Drachenfliegen, Paragliding, Fallschirmspringen, Wingsuit-Fliegen, Base-Jumping, Klippenspringen, Freeclimbing, Free-Solo-Klettern, Apnoe- bzw. technisches Tauchen, Wildwasserkajak-Fahren, Wildwasserschwimmen, Motorrennsport, Boxen, Kickboxen, Thaiboxen, Vollkontaktkarate oder Rugby.

Der Versicherer kann mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders auch für bestehende Verträge den Katalog der von der Leistungspflicht ausgeschlossenen Risikosportarten erweitern, sofern die neuen, gefährlichen Sportarten einen signifikanten Anteil an den Leistungsfällen aufweisen. Die Änderung wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderung an den Versicherungsnehmer folgt. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

3.1. Wahlleistungen

100 %

Erstattungsfähig sind die Kosten für Wahlleistungen gemäß § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Hiernach gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung durch den Chefarzt. Die privatärztliche Behandlung durch einen Belegarzt wird der Chefarztbehandlung gleichgestellt. Privatärztliche Behandlungen werden bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattet. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Bereitstellung eines Fernsprechers oder für Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese ebenfalls erstattet.

Grundsätzlich nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (z. B. Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte) und Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnbehandlung, -ersatz oder Kieferorthopädie.

Soweit Krankenhäuser nicht nach dem KHEntgG oder der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) abrechnen, werden Aufwendungen für Unterbringungszuschläge bis zu der Höhe erstattet, die in dem nächsten, geeigneten Krankenhaus am Wohnsitz des Versicherten gemäß KHEntgG oder BpflV angefallen wären.

Stationäre Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen sind nicht versichert, die in § 5 (1) d AVB/KS vorgesehenen Kostenzuschüsse werden nicht gezahlt.

Bei einem Verzicht auf Wahlleistungen wird pro Behandlungstag ein Krankenhaustagegeld in folgender Höhe gezahlt:

- | | |
|--|---------|
| bei Verzicht auf die Erstattung für die bessere Unterkunft (Ein- und Zweibettzimmer) | 35 EUR, |
| bei Verzicht auf die Erstattung für privatärztliche stationäre Behandlung | 30 EUR. |

3.2. Freie Krankenhauswahl **100 %**

der für Unterkunft und Verpflegung anfallenden Mehrkosten des Mehrbettzimmers ohne privatärztliche Leistungen werden erstattet, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland aufsucht. Voraussetzung ist, dass das aufgesuchte Krankenhaus gemäß Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnet.

Zugunsten der versicherten Person verzichtet der Versicherer auf die Anwendung des § 4 (5) AVB/KS.

3.3. Rooming-In

Erstattungsfähig sind die zusätzlich entstehenden Kosten für die Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson anlässlich eines Krankenhausaufenthaltes des versicherten Kindes, wenn die Leistung nicht über die allgemeinen Krankenhausleistungen abgedeckt ist, vgl. § 2 (2) Nr. 3 KHEntgG. Diese Leistung wird bis zum Ende des Kalenderjahres gezahlt, in dem das versicherte Kind das 14. Lebensjahr vollendet.

4. Gemeinsames Budget für verschiedene Versicherungsleistungen

Für jede versicherte Person der Familie im Sinne des Abschnitts B. werden die unter den Punkten 4.1. bis 4.4. aufgeführten Leistungen

zu 100 %,

in Summe jedoch maximal bis zu einem Erstattungsbetrag in Höhe von

200 EUR

pro Versicherungsjahr und Familie,

erstattet.

4.1. Sehhilfen / Refraktive Eingriffe und Laserbehandlungen zur Korrektur der Fehlsichtigkeit

Erstattet werden Sehhilfen, refraktive Eingriffe und Laserbehandlungen zur Korrektur der Fehlsichtigkeit (wie LASEK- und LASIK-Operationen), Implantation einer Linse auf die körpereigene Linse oder refraktiver Linsenaustausch zur Korrektur der Fehlsichtigkeit. Laserbehandlungen anderer Augenerkrankungen wie z. B. Katarakt oder Netzhautablösung gehören nicht zu den refraktiven Eingriffen. Bei einer Vorleistung der GKV werden nur die verbleibenden Aufwendungen unter Berücksichtigung der maximalen Erstattungshöhe nach Punkt C. 4. erstattet.

4.2. Naturheilkundliche Heilbehandlungen durch Heilpraktiker und Ärzte

Erstattet werden unter Berücksichtigung der maximalen Erstattungshöhe nach Punkt C. 4. die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen. Selbstbehalte, die von der GKV oder einer privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen.

Erstattungsfähige Aufwendungen sind die im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im jeweils geltenden Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen oder im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Das Gleiche gilt für die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arznei-, Verband- und Heilmittel.

Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis werden bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet. Unter Regelhöchstsatz ist der 2,3-fache Satz der GOÄ zu verstehen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz. Leistungen des Heilpraktikers, die im GebüH geregelt sind, werden ausschließlich im Rahmen des GebüH erstattet; die in den Tarifbedingungen unter § 4 (2) Satz 7 AVB/KS vorgesehene Beschränkung auf die Höchstsätze einer ärztlichen Behandlung entfällt.

Nicht versichert sind psychotherapeutische Leistungen, auch wenn sie im GebüH aufgeführt sind.

§ 4 (6) AVB/KS findet auf die Leistungen nach Punkt 4.2. keine Anwendung.

4.3. Individuelle Gesundheitsleistungen

Die nachfolgend abgeschlossen aufgezählten Leistungen sind unter Berücksichtigung der maximalen Erstattungshöhe nach Punkt C. 4. erstattungsfähig:

Augeninnendruckmessung und Augenspiegelung mit Messung des Augeninnendrucks zur Glaukom-Früherkennung; Ultraschall der Eierstöcke und der Brust zur Krebsfrüherkennung; Vorsorgeuntersuchung auf Hautkrebs (Hautscreening); Akupunktur in der Schwangerschaft; PSA-Test zur Früherkennung von Prostatakrebs; Immunglobulin G-Bestimmung zur Diagnose einer Nahrungsmittelallergie; Lungenfunktionsprüfung und Belastungs-EKG.

4.4. Kieferorthopädie

Erstattet werden unter Berücksichtigung der maximalen Erstattungshöhe nach Punkt C. 4. die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen einer kieferorthopädischen Behandlung.