

**Gültig ab 01.10.2012**

### **Teil III Tarif EGNU Ergänzungsversicherung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung und Versicherte im Basistarif**

**gültig in Verbindung mit den AVB Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen der Württembergischen Krankenversicherung Aktiengesellschaft**

#### **Versicherungsfähigkeit**

Versicherungsfähig sind Personen, die in der Gesetzlichen Krankenversicherung oder im Basistarif eines privaten Krankenversicherungsunternehmens versichert sind.

#### **Versicherungsleistungen**

##### **Aufwendungen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung**

Erstattungsfähig sind Aufwendungen zum

##### **Erstattungssatz 100 % für:**

1. Sehhilfen und deren Reparaturleistungen: Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Haftschalen. Tritt der Sozialversicherungsträger in Vorleistung oder werden Leistungen aus dem Basistarif bezogen, sind die Restkosten erstattungsfähig. Die tarifliche Leistung ist begrenzt auf einen Betrag von höchstens 250 Euro innerhalb von 2 Versicherungsjahren. Bei Kindern entsteht vor Ablauf von 2 Versicherungsjahren ein erneuter Anspruch, wenn sich die Sehschärfe je Auge um mindestens 0,5 Dioptrien ändert.

Nach Vorleistung des Sozialversicherungsträgers sind die Aufwendungen erstattungsfähig für:

2. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung bei ärztlich verordneten Heilmitteln nach § 32 Abs. 2 SGB V.
3. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 4 SGB V.
4. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegeverordnung (BPfV) bei freier Krankenhauswahl in Deutschland. Das sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nach Abzug der vom Sozialversicherungsträger zu erbringenden Vorleistung. Hierzu gehören nicht die gesondert berechenbaren wahlärztlichen Leistungen und die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.
5. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung je Hilfsmittel und Hilfsmittel zum Verbrauch nach § 33 SGB V. Differenzbeiträge, welche sich aufgrund der Abweichung von einer üblichen Ausführung ergeben (Luxusausführung), bleiben unberücksichtigt.

6. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung für häusliche Krankenpflege nach § 37 Abs. 5 SGB V.
7. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung für eine stationäre Rehabilitationsbehandlung nach §§ 40, 41 SGB V.
8. Gesetzlich vorgesehene Zuzahlung für eine Anschlussheilbehandlung nach § 40 SGB V.

Entfällt die Vorleistung des Sozialversicherungsträgers, sind die Aufwendungen nach Ziffern 2 bis 8 nicht erstattungsfähig.

Für Versicherte im Basistarif handelt es sich in den Ziffern 2 bis 8 nicht um Vorleistungen des Sozialversicherungsträgers oder gesetzlich vorgesehene Zuzahlungen, sondern um Leistungen aus dem Basistarif bzw. tariflich vereinbarte Zuzahlungen. Die Regelungen gelten insoweit sinngemäß.

##### **Erstattungssatz 50 % für:**

9. Behandlung durch Heilpraktiker im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), einschließlich der im Rahmen dieser Behandlung verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel, begrenzt auf einen Rechnungsbetrag von höchstens 2500 EUR pro Versicherungsjahr.

Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie von Personen, die einen Heilberuf ausüben, verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten: Nahrungsmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Mineralwässer und Multivitaminpräparate, Tees, Badezusätze, Kosmetika, Antikonzeptiva, Desinfektionsmittel, Mittel zur Hygiene und Körperpflege sowie Arzneimittel, bei deren Anwendung eine Erhöhung der Lebensqualität im Vordergrund steht.

Als Heilmittel gelten nicht z.B. Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder.

##### **Besondere Bestimmung**

Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 14 (2) MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

##### **Beiträge**

Die monatlich zu zahlende Beitragsrate ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Eintrittsalter ist die Differenz zwischen Beginn- und Geburtsjahr (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009). Kinder (Altersgruppe 0-15) und Jugendliche (Altersgruppe 16-20) zahlen ab Alter 16 bzw. 21 den Beitrag der nächst höheren Altersstufe (vgl. AVB Teil II zu § 8 (1) MB/KK 2009).