

Tarif CSS.mini

Ergänzungstarif für Zahnersatz, Sehhilfen und Auslandsaufenthalte für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung angehören

Version 06.2006

Der Tarif CSS.mini ist als Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nur gültig in Verbindung mit Teil I, CSS-Grundbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung als Ergänzung der gesetzlichen Krankenversicherung.

CSS Versicherung AG, Postfach 1130, Pflugstraße 20, 9490 Vaduz, Liechtenstein. Nachfolgend Versicherer genannt.

Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif CSS.mini können nur Personen versichert werden, die selbst oder im Rahmen der Familienhilfe bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Die Versicherungsfähigkeit nach diesem Tarif entfällt mit Ablauf des Monats, in dem die Mitgliedschaft oder der Anspruch auf Familienhilfe bei einem Träger der deutschen GKV endet.

Der Versicherungsnehmer hat die Beendigung der Versicherung in der deutschen GKV dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Die Versicherung nach dem Tarif CSS.mini endet für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem die Mitgliedschaft oder der Anspruch auf Familienhilfe bei einem Träger der deutschen GKV endet.

Art. 1 Versicherungsleistungen

Soweit Ansprüche auf Leistungen der GKV bestehen, sind diese wahrzunehmen. Der Versicherer erstattet im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Grundbedingungen und Tarif, nachfolgend AVB genannt).

Leistungen der GKV werden unabhängig davon, ob sie wahrgenommen werden oder nicht, von den Leistungen gemäß vorliegendem Tarif in Abzug gebracht.

Für Leistungen gemäß Ziff. 1.1 (Zahnersatz) erstreckt sich der Versicherungsschutz auf in Deutschland erbrachte Leistungen. Im Ausland erbrachte Zahnersatzleistungen sind nur im Notfall erstattungsfähig oder wenn der Versicherer aufgrund eines

Heil- und Kostenplans vor Beginn der Behandlungsmaßnahme schriftlich zugestimmt hat. Für Leistungen gemäß Ziff. 1.3 (Auslandsreisen) gilt der Versicherungsschutz weltweit. Für die übrigen Leistungen erstreckt sich der Versicherungsschutz auf Heilbehandlung in der EU. Er kann durch Vereinbarung auf Länder außerhalb der EU ausgedehnt werden. Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb der EU besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.

1.1 Zahnersatz

Der Versicherer erstattet auf Basis der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bei Zahnersatz für zahnärztliche persönliche Leistungen sowie für besonders berechnete zahntechnische Laborleistungen 30% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages, zusammen mit den Leistungen einer Krankenversicherung oder eines sonstigen Kostenträgers jedoch nicht mehr als 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, Implantate und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen). Die bei der GKV einzureichenden Heil- und Kostenpläne sind dem Versicherer in Kopie zuzustellen.

1.2 Brillen und Kontaktlinsen

Der Versicherer erstattet im Rahmen der AVB 100% des nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis zu EUR 160 für Brillen und Kontaktlinsen, jedoch in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn bis max. EUR 50. Erfolgt keine Leistung durch die GKV, werden 100% des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages bis zu EUR 160 erstattet. Ein Anspruch auf Erstattung besteht einmal in aufeinanderfolgenden 24 Monaten. Bestand darüber hinaus für die vorangegangenen 36 Monate Versicherungsschutz nach diesem Tarif, ohne dass eine zur Erstattung eingereichte Sehhilfe bezogen wurde, so erhöht sich der erstattungsfähige Höchstbetrag von EUR 160 auf EUR 240.

1.3 Assistance-Leistungen bei Notfällen im Ausland und Kostenübernahme bei kurzfristigen Auslandsreisen

Bei Notfällen im Ausland ist der Auslandsservice des Versicherers Tag und Nacht telefonisch erreichbar. Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellungen:

- Informationen über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- Benennung eines Arztes vor Ort;
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
- Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
- Organisation des medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransportes nach Deutschland sowie bei Tod des Versicherten Organisation der Überführung zum Bestattungsort in Deutschland bzw. Organisation der Bestattung im Ausland.

Der Versicherer erstattet im Rahmen der AVB bei kurzfristigen Auslandsreisen für eine Dauer von längstens 45 Tagen ab Reisebeginn bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall die bei Heilbehandlung im Ausland entstehenden Kosten. Der Versicherungsschutz besteht nicht für Behandlungen im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren. Erstattungsfähig sind hierbei Aufwendungen für:

- Arzt und Facharzt, der nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen ist;
- Weggebühren des Arztes;
- Operation sowie Assistenz und Narkose;
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
- Arznei-, Verbands- und Heilmittel;
- stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Reise eines Ehegatten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Die Kosten des Aufenthaltes sind nicht versichert.

Können die versicherten Personen infolge von Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder im Alter bis zu 15 Jahren sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten/Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Rückreise der Kinder – soweit erforderlich auch für eine Begleitperson inklusive der dadurch zusätzlich entstehenden Kosten.

Der Versicherer übernimmt die nachfolgend genannten Mehrkosten:

- den Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächste erreichbare geeignete Krankenhaus oder zum nächsten erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;
- zahnärztliche Behandlung, und zwar Maßnahmen zur Schmerzbesitzigung sowie notwendige Zahnfüllungen

in einfacher Ausführung, ferner akut notwendig werdende Reparaturen von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit. Nicht erstattungsfähig ist die Neuanfertigung von Zahnersatz;

- einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland nach Deutschland. Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport dann, wenn aufgrund der Erkrankung eine ausreichende Behandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und die Erkrankung anschließend im Inland stationär weiterbehandelt wird. Der Rücktransport muss in das Krankenhaus am ständigen, vor Beginn der Reise vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächste erreichbare geeignete Krankenhaus erfolgen. Die notwendigen Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden ebenfalls übernommen. Der Versicherer organisiert den medizinisch notwendigen Rücktransport nach Beantragung unter der Notfallnummer. Wird ein nicht vom Versicherer organisierter Rücktransport durchgeführt, so erfolgt eine Leistung nur insoweit, als sie bei Organisation durch den Versicherer angefallen wäre;
- beim Tod die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland bis zu EUR 12.000.

Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über den vereinbarten Zeitraum hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, jedoch längstens 12 Monate, gerechnet vom Beginn der Reise. Die Leistungen werden ohne Vorleistung durch die GKV erbracht. Besteht jedoch Anspruch auf Leistungen der GKV, so werden diese auf den Erstattungsbeitrag angerechnet.

Nicht erstattet werden Aufwendungen für Hilfsmittel und Heilpraktiker.

Für die hier beschriebenen Leistungen bei Auslandsreisen entfallen die für Heilbehandlungen im Ausland gemäß Teil I § 1 Abs. 4 der AVB vorgesehenen Einschränkungen sowie die Wartezeiten und die Begrenzung der Leistungspflicht durch die gültige amtliche deutsche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ).

1.4 Selbstbehalt in der gesetzlichen Krankenversicherung

Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt gemäß § 53 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen GKV.

1.5 Option auf Höherversicherung

Einmalig zum Ende des dritten Versicherungsjahres hat der Versicherungsnehmer das Recht, eine Höherversicherung nach Tarif CSS.maxi zu verlangen. Diese Versicherung beginnt ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeit zum 1. Januar des folgenden Kalenderjahres. Der Antrag auf Höherversicherung ist spätestens bis zum Ende des dritten Versiche-

rungsjahres zu stellen. Die tarifliche Einordnung erfolgt zum aktuellen Neuzugangsbeitrag des am 1. Januar erreichten Alters. Bei Personen mit Risikozuschlägen einschl. Zuschlag für Sehhilfenträger behält sich der Versicherer das Recht vor, die Risikozuschläge entsprechend anzupassen. Bestehende Leistungsausschlüsse gelten im Tarif CSS.maxi weiter.

Art. 2 Tarifbeitrag

Der Tarifbeitrag ist die Summe von Tarifgrundbeitrag und Tarifzuschlag.

Monatliche Beitragsraten des Tarifgrundbeitrags in EUR:

Erreichtes Alter	Männer	Frauen
0	1,50	1,50
1	1,50	1,50
2	1,50	1,50
3	1,50	1,50
4	1,50	1,50
5	1,50	1,50
6	1,50	1,50
7	1,50	1,50
8	1,82	1,96
9	1,95	2,10
10	2,07	2,24
11	2,20	2,38
12	2,32	2,53
13	2,45	2,66
14	2,57	2,80
15	2,70	2,94
16	2,82	3,08
17	2,94	3,21
18	5,50	6,24
19	5,56	6,26
20	5,62	6,29
21	5,68	6,31
22	5,73	6,33
23	5,79	6,42
24	5,85	6,71
25	5,91	6,98
26	6,18	7,36
27	6,41	7,73
28	6,58	7,92
29	6,75	8,09
30	6,89	8,35

Erreichtes Alter	Männer	Frauen
31	7,15	8,59
32	7,33	8,77
33	7,45	8,91
34	7,61	9,10
35	7,80	9,29
36	7,86	9,29
37	7,95	9,42
38	8,16	9,69
39	8,33	9,93
40	8,44	10,02
41	8,59	10,27
42	8,73	10,51
43	8,87	10,76
44	9,01	11,03
45	9,17	11,03
46	9,33	11,27
47	9,33	11,62
48	9,37	11,94
49	9,65	12,24
50	9,91	12,52
51	10,06	12,77
52	10,27	13,00
53	10,45	13,20
54	10,70	13,46
55	10,95	13,71
56	10,95	13,71
57	11,22	13,91
58	11,64	14,18
59	12,07	14,21
60	12,49	14,37
61	12,90	14,53
62	13,26	14,66
63	13,59	14,77
64	13,59	14,85
65	13,82	14,92
66	14,08	14,98
67	14,27	15,03
68	14,27	15,07
69	14,27	15,07
70	14,27	15,07
71	14,27	14,99
72	14,27	14,92
73	14,18	14,82

Erreichtes Alter	Männer	Frauen
74	14,18	14,69
75	14,17	14,52
76	14,04	14,32
77	13,87	14,32
78	13,69	14,10
79	13,44	13,76
80	13,44	13,75
81	13,20	13,25
82	12,87	12,77
83	12,59	12,34
84	12,31	11,92
85	12,05	11,55
86	11,78	11,19
87	11,52	10,84
88	11,26	10,84
89	10,99	10,57
90	10,99	10,12
91	10,84	9,85
92	10,48	9,45
93	10,15	9,09
94	9,96	9,09
95	9,68	8,96
96	9,39	8,43
97	9,10	7,96
98	9,10	7,79
99	9,01	7,79
100	8,60	7,33

Als erreichtes Alter gilt die Differenz zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr. Die Altersgruppeneinteilung kann sich bei einer gemäß § 8a Teil I der AVB stattfindenden Beitragsanpassung ändern.

Der Tarifizuschlag beträgt EUR 1 monatlich für Personen, die bei Antragstellung eine Sehhilfe tragen.

Art. 3 Schadenfreiheitsklassen

Der Tarif sieht 11 Schadenfreiheitsklassen vor:

Klasse	Beitragssatz in % des Tarifgrundbeitrags
SF 0	135
SF 1	128
SF 2	121
SF 3	114
SF 4	107
SF 5	100
SF 6	93
SF 7	86
SF 8	79
SF 9	72
SF 10	65

Der zu einer Schadenfreiheitsklasse gehörige Beitragssatz wird angewendet auf den dem erreichten Alter entsprechenden Tarifbeitrag (also ohne Berücksichtigung eines Tarifizuschlags und eines Risikozuschlags). Zum Versicherungsbeginn erfolgt die Einstufung in die Klasse SF 5. Der Vertrag wird jeweils zum 1. Januar des Folgejahres in die nächsthöhere Schadenfreiheitsklasse eingestuft (höchstens in Klasse SF 10), wenn die Versicherung zum 30. September des laufenden Versicherungsjahres bestand und seit dem 1. Oktober des davorliegenden Jahres keine Leistungen aus dem Tarif gezahlt wurden. Maßgebend ist hier der Termin, an dem der Versicherte die Zahlung geleistet hat. Wurden in diesem Zeitraum Leistungen gezahlt, so erfolgt eine Rückstufung um 4 Schadenfreiheitsklassen (aber nicht tiefer als bis zur Klasse SF 0). Nur bei kurzfristigen Auslandsreisen unvorhergesehene Leistungen bleiben ohne Einfluss auf den Schadenfreiheitsrabatt.