

Private Kranken-Zusatzversicherung PROKOMPAKT für Versicherte der pronova BKK

Kurzdarstellung der Leistungen, Beiträge und Bedingungen des Gruppenversicherungsvertrages zwischen best advice Versicherungs-Vermittlungs-GmbH und DKV. Die Vertragsgrundlagen werden auf Wunsch erläutert und ausgehändigt.
(siehe auch www.pronovaprivat.de)

1. Zahnersatz, Zahnkronen und Inlays sowie Zweitmeinungsoption

Ihre Krankenkasse leistet einen festgelegten Beitrag zum Zahnersatz. 60 % davon zahlen wir als Zuschuss, sodass Ihre persönliche Zuzahlung erheblich reduziert wird oder sogar ganz entfällt. Erstattet werden Kosten für Zahnkronen, Zahnersatz (z.B. Brücken, Prothesen), sowie zahntechnische Laborarbeiten und Materialien. Einlagefüllungen (Inlays) werden ohne vorherige Leistung der pronova BKK zu 100%, höchstens jedoch 250 Euro je Einlagefüllung (Inlay) erstattet. Erstattungen erfolgen nach Ablauf einer Wartezeit von 8 Monaten.

Über einen speziell für Sie eingerichteten Service können Sie sich telefonisch oder per E-Mail die **Zweitmeinung** einer Expertin oder eines Experten zu Ihrem Heil- und Kostenplan einholen. Dies optimiert nochmals die Kosten für Ihren Zahnersatz.

2. Sehhilfen einschließlich Brillenfassung

Medizinisch notwendige Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen) werden mindestens alle drei Jahre oder bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien zu 80% bis maximal 300 Euro je Sehhilfe erstattet. Kinder (bis zum 14. Lebensjahr) erhalten diese Leistung auch ohne Veränderung der Dioptrienwerte.

3. Hörgeräte

Nach Vorleistung der pronova BKK werden für jedes medizinisch notwendige Hörgerät 80% der erstattungsfähigen Aufwendungen, höchstens jedoch 512 Euro pro Jahr erstattet (einschließlich der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlung).

4. Heilpraktiker

Nach Ablauf einer Wartezeit von 3 Monaten werden ohne Vorleistung der pronova BKK 80% der Kosten erstattet, höchstens 300 Euro pro Jahr. Es dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden, soweit das Honorar im Rahmen der Beträge des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker 1985 liegt und den Regelhöchstsatz der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte nicht überschreitet.

5. Krankenhaus, Kur und Reha-Maßnahmen

Die bei einem Krankenhausaufenthalt für die ersten 28 Tage gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlung von täglich 10 Euro werden erstattet. Ohne Kostennachweis und ohne Anrechnung von Leistungen der pronova BKK wird bei ambulanter Kurbehandlung unter ärztlicher Leitung im Heilbad oder Kurort oder bei stationärer Kur- bzw. Sanatoriumsbehandlung in ärztlich geleiteten Sanatorien, Kurkliniken oder Krankenanstalten ohne zeitliche Begrenzung ein Tagegeld von je 11 Euro gezahlt. Die Kur- oder Sanatoriumsbehandlung muss durch geeignete Unterlagen nachgewiesen werden. Ein erneuter Leistungsanspruch besteht, wenn der Beginn der letzten Kur- oder Sanatoriumsbehandlung mindestens 24 Monate zurückliegt.

6. Auslandsreisen (24 STUNDEN NOTRUFSERVICE +49/2 21/ 57 89 40 05)

a) Heilbehandlung: Bei Auslandsaufenthalten bis zu 12 Wochen werden die Kosten für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlungen zu 100 % erstattet. Bei Personen nicht deutscher Staatsangehörigkeit gilt als Ausland auch das Staatsgebiet, dessen Staatsangehörigkeit der Versicherte besitzt, sofern der ständige Wohnsitz der versicherten Person in Deutschland ist. Erstattungsfähig sind Arznei-, Verband- und Heilmittel sowie Unterkunft und Verpflegung bei stationärer Behandlung. Der medizinisch notwendige Transport in das nächstliegende Krankenhaus oder zum nächst erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste ist ebenfalls versichert. Übernommen werden die Kosten für schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllung in einfacher Ausführung; Zahnkronen und Zahnersatz sind nicht erstattungsfähig.

b) Rücktransport: Bei Krankheit oder Unfall werden die Mehrkosten eines ärztlich angeordneten Rücktransports aus dem Ausland zu 100 % übernommen. Die medizinische Notwendigkeit des Rücktransports muss nachgewiesen werden. Kosten für Begleitpersonen sind nicht erstattungsfähig. Die Rückführung muss an den Heimatwohnsitz oder in das von dort nächst erreichbare Krankenhaus erfolgen. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.

c) Todesfall: Stirbt der Versicherte während des Auslandsaufenthaltes, so werden die unmittelbaren Kosten einer Überführung des Verstorbenen an seinen Heimatwohnsitz erstattet. Die Kostenübernahme beträgt maximal 5.113 Euro bei Tod im europäischen Ausland und maximal 10.226 Euro bei Tod im außereuropäischen Ausland. Im Falle einer Beisetzung im Ausland werden entstandene Bestattungskosten bis zu 5.113 Euro übernommen.

d) Besonderheiten: Der Notrufservice ist bei einem stationären Aufenthalt und bei einem Rücktransport einzuschalten.

Für Auslandsreisen, die zum Zwecke einer Heilbehandlung oder entgegen ärztlichem Rat unternommen werden, besteht kein Versicherungsschutz. Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - jeweils mit Beendigung eines Auslandsaufenthaltes, spätestens jedoch nach Ablauf der 12. Woche des Auslandsaufenthaltes bzw. mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Ist die Rückreise zu diesem Zeitpunkt aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle längstens um 12 Wochen.

7. Beiträge

Als Beitrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns. Für den Monatsbeitrag gibt es drei Altersgruppen:

Kinder und Jugendliche zahlen bis Beitrittsalter 19 Jahre **5,30 Euro**, Erwachsene ab Beitrittsalter **20 Jahre bis 64 Jahre** zahlen **15 Euro** und ab Beitrittsalter 65 Jahre **21,20 Euro**. Mit Erreichen der nächsthöheren Altersgruppe ist der höhere Beitrag zu zahlen.

Bei mehr als zwei nicht ersetzten Zähnen wird für jeden weiteren nicht ersetzten Zahn ein Beitragszuschlag von 1 Euro erhoben.