

Tarif COMFORT

► Ihre Fragen – Unsere Antworten!

Informationen zum Tarif COMFORT

Stand 07/2013

COMFORT

Ihre Fragen – Unsere Antworten!

ALLGEMEINES

Was zeichnet den Tarif COMFORT aus? _____	4
Warum setzt die Continentale auf die freie Arztwahl? _____	4
Warum ist der Optionstarif AV-P1 wichtig? _____	4
Welche Selbstbeteiligung sieht der Tarif vor? _____	4
Wie wird wirtschaftliches Verhalten der Versicherten belohnt? _____	5
Welche Besonderheiten gibt es bei der Nachversicherung von Neugeborenen? _____	5

AMBULANTE LEISTUNGEN

Gibt es Alters- und Intervallbeschränkungen bei Vorsorgeuntersuchungen? _____	5
Werden Schutzimpfungen erstattet, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden? _____	5
Wie viele Sitzungen werden bei einer ambulanten Psychotherapie erstattet? _____	6
Sind im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung auch Behandlungen durch Diplom-Psychologen/-innen erstattungsfähig? _____	6
Sind im Rahmen der Arznei- und Verbandmittel auch Präparate zur künstlichen Ernährung erstattungsfähig? _____	6
Gibt es eine Heilmittelversorgung durch Krankenschwestern/-pfleger? _____	6
Sind Leistungen bei häuslicher Behandlungspflege vorgesehen? _____	6
Wie funktioniert die Erstattung für Sehhilfen? _____	6
Gibt es einen offenen Hilfsmittelbegriff? _____	7
Besteht ein Rechtsanspruch auf die Erstattung von Körperersatzstücken? _____	7
Sind die Kosten für einen Blindenführhund versichert? _____	7
Werden die Kosten für eine Behandlung in einer Krankenhausambulanz übernommen? _____	7

STATIONÄRE LEISTUNGEN

Werden belegärztliche Behandlungen bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ/GOZ erstattet? _____	7
Wird für die Unterbringung und Behandlung in Privatkliniken geleistet? _____	7
Kann eine gemischte Krankenanstalt auch ohne vorherige Kostenzusage aufgesucht werden? _____	8
Sind die Kosten einer Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation mitversichert? _____	8
Werden Hospizleistungen erstattet? _____	8

ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN

Welche Leistungen sieht der COMFORT bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oraler Implantation und Augmentation vor? _____	8
--	---

ÜBERGREIFENDE LEISTUNGEN

Was bedeutet „notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug“? _____	9
Werden Kosten für Entwöhnungs- /Entziehungsmaßnahmen übernommen? _____	9
Werden Kosten für die künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft erstattet? _____	9
Gilt der Versicherungsschutz auch im außereuropäischen Ausland? _____	10
Werden ausländische Rechnungen zu den dort üblichen Preisen erstattet (keine Begrenzung auf die GOÄ)? _____	10

IHRE ANSPRECHPARTNER

Die genannten Leistungsbeschreibungen sind lediglich Kurzfassungen. Maßgebend sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unisex-Neugeschäftstarife ab dem 21.12.2012. Die Unisex-Tarife werden im Versicherungsschein und in den AVB mit dem Zusatz „U“ gekennzeichnet (Beispiel => COMFORT-U). Das gilt aber nicht für die Tarife der StartLinie und die Tarife SG2, SG1, KHT, SP2, SP1, COMFORT-B, EB, SP2-B, SP1Z-B, AV-P1 und YA.

COMFORT

Ihre Fragen – Unsere Antworten!

ALLGEMEINES

Was zeichnet den Tarif COMFORT aus?

Die Continentale bietet mit dem Tarifkonzept **COMFORT** einen leistungsstarken, flexiblen und wirtschaftlichen Versicherungsschutz. Ambulante Heilbehandlungen und Zahnbehandlungen werden zu 100 % bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnungen erstattet. Eine stationäre Behandlung inklusive freier Krankenhauswahl wird in der allgemeinen Pflegeklasse zu 100 % erstattet. Beim Zahnersatz sind es 80 % der erstattungsfähigen Kosten – dies folgt dem Wunsch unserer Kunden und auch unserer Vertriebspartner nach einem Vollversicherungsprodukt mit starken Zahnleistungen.

Der Kunde erhält diesen hochwertigen Versicherungsschutz zu einem hervorragenden Preis-Leistungs-Verhältnis. Verbunden mit dem stationären Zusatztarif **SP** bietet das Tarifkonzept umfassende Leistungen als Privatpatient mit besserer Unterkunft bei stationären Krankenhausbehandlungen.

Warum setzt die Continentale auf die freie Arztwahl?

Unsere Versicherten genießen bei uns grundsätzlich – auch im Tarif **COMFORT** – die freie Arztwahl. Die Gründe: Die heutigen Hausarztmodelle in der PKV leisten aus unserer Sicht keinen Beitrag zu einer qualitativ besseren Versorgung der Versicherten. Der Versicherte muss im Gegenzug aber Abzüge bis zu 25 % bei der Kostenerstattung in Kauf nehmen, sofern er direkt den Facharzt aufsucht und zwar ggf. für den gesamten Behandlungsverlauf einer Erkrankung. Diese Abzüge sind in der Regel der Höhe nach nicht begrenzt und fallen zusätzlich zu einer festen jährlichen Selbstbeteiligung an.

Warum ist der Optionstarif AV-P1 wichtig?

Durch den Optionstarif **AV-P1** sichert sich der Kunde langfristig alle Möglichkeiten, seinen Versicherungsschutz an sich in der Zukunft ändernde persönliche Lebenssituationen und Bedürfnisse in der Zukunft anzupassen. Ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten kann der bestehende Versicherungsschutz zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt (z. B. durch eine Krankentagegeld-, Pflege- oder Kurversicherung) und/oder in einen Tarif mit höheren Leistungen gewechselt werden.

Damit der Kunde und Sie auf der sicheren Seite sind, bieten Sie als Gesamtpaket den Tarif **COMFORT** mit dem stationären Zusatztarif **SP** (privatärztliche Behandlung im Ein-/Zwei-Bett-Zimmer) und dem Optionstarif **AV-P1** an.

Welche Selbstbeteiligung sieht der Tarif vor?

Der Tarif **COMFORT** sieht keine absolute und/oder prozentuale Selbstbeteiligung sondern eine leistungsdynamische Selbstbeteiligung vor. Das bedeutet, dass in Abhängigkeit der medizinischen Leistung die Selbstbeteiligung von 20 Euro je Einzelleistung oder je Behandlungstag bei einem Leistungserbringer abgezogen wird. Bei Hilfsmitteln fallen je Hilfsmittel 50 Euro an. Wie beim Kauf eines Hilfsmittels wird auch bei der Ausleihe die Selbstbeteiligung von 50 Euro nur einmal für den kompletten Ausleih-/Mietzeitraum des Hilfsmittels abgezogen. Für den Kunden ist das transparent. Der Kunde kann seine Selbstbeteiligung durch wirtschaftliches Verhalten beeinflussen. Bezieht er z. B. ein Generikum, entfällt für ihn die Selbstbeteiligung für das Arzneimittel. Eine Katalogisierung der Selbstbeteiligungen in Abhängigkeit der Erkrankungen ist nicht möglich. Denn die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ist u. a. abhängig von der jeweiligen Erkrankung, eventuellen Wechselwirkungen mit anderen Erkrankungen, der im Einzelfall adäquaten medizinischen Versorgung sowie individuellen patientenbezogenen Einflüssen (z. B. medizinische Versorgungsmöglichkeiten im Wohngebiet, schadenminderndes Verhalten).

Besonderheiten § 193 Abs. 3 VVG:

Sollte die Gesundheitsversorgung des Kunden über das durchschnittliche Maß hinausgehen, ist der jährliche Selbstbehalt – gemäß den gesetzlichen Vorschriften für alle Krankenversicherer (§ 193 Abs. 3 VVG) – auf 5.000 Euro begrenzt. Unter Abschnitt F) der Tarifbedingungen zum Tarif **COMFORT** wird auf die entsprechende Vorschrift in § 193 Abs. 3 VVG explizit hingewiesen. Die Einhaltung der Bestimmungen des § 193 Abs. 3 VVG (Selbstbehaltgrenze von 5.000 EUR) ist für alle substitutiven Krankheitskostenversicherungen mit ambulanten und stationären Leistungen – unabhängig von einem absoluten, prozentualen oder leistungsdynamischen Selbstbehalt – zwingendes Recht.

Soweit auf die Verwendung der unterschiedlichen Begriffe Selbstbehalt einerseits und Selbstbeteiligung andererseits hingewiesen wird, wird damit lediglich dem unterschiedlichen Sprachgebrauch in der Praxis Rechnung getragen. Einen inhaltlichen Unterschied zwischen Selbsthalten bzw. Selbstbeteiligungen gibt es nicht.

Der Hinweis auf den § 193 Abs. 3 VVG im Bedingungswerk dient der Klarstellung für den Kunden, dass der Tarif **COMFORT** mit einer leistungsdynamischen Selbstbeteiligung wie jeder andere Tarif der substitutiven Krankenversicherung dieser Rechtsbestimmung unterliegt.

Wie wird wirtschaftliches Verhalten der Versicherten belohnt?

Der Tarif **COMFORT** belohnt wirtschaftliches und gesundheitsbewusstes Verhalten. Er beinhaltet eine garantierte Beitragsrückerstattung von 2 Monatsbeiträgen bei Leistungsfreiheit. Darüber hinaus ist bei Leistungsfreiheit eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung von bis zu 4 Monatsbeiträgen möglich.

Welche Besonderheiten gibt es bei der Nachversicherung von Neugeborenen?

Für Neugeborene, die nach § 2 Abs. 2 MB/KK 2009 ab der Geburt mitversichert werden,

- beginnt der Versicherungsschutz ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt.
- besteht Versicherungsschutz für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.
- sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.

AMBULANTE LEISTUNGEN

Gibt es Alters- und Intervallbeschränkungen bei Vorsorgeuntersuchungen?

Es gibt keine Alters- und Intervallbeschränkungen bei den Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen. Die leistungsdynamische Selbstbeteiligung umfasst auch die Vorsorgeuntersuchungen. Die Beitragsrückerstattung kann gegebenenfalls hierfür eingesetzt werden.

Werden Schutzimpfungen erstattet, die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlen werden?

Ja, erstattet werden die Kosten für Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoffe), die von der STIKO empfohlen werden. Schutzimpfungen anlässlich einer Reise oder aus beruflichen Gründen sind nicht erstattungsfähig.

COMFORT

Ihre Fragen – Unsere Antworten!

Wie viele Sitzungen werden bei einer ambulanten Psychotherapie erstattet?

Die Kosten für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie werden für höchstens 50 Sitzungen je Kalenderjahr erstattet. Ab der 31. Sitzung ist vor Fortsetzung der Behandlung eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers erforderlich. Die Selbstbeteiligung beträgt 20 EUR je Sitzung, jedoch nicht mehr als 30 % des Rechnungsbetrages.

Sind im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung auch Behandlungen durch Diplom-Psychologen/-innen erstattungsfähig?

Ja, die im Arztregister eingetragenen psychologische Psychotherapeuten/-innen sind Leistungserbringer im Sinne unserer Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Tarif mit Tarifbedingungen Abschnitt B I 2 b).

Sind im Rahmen der Arznei- und Verbandmittel auch Präparate zur künstlichen Ernährung erstattungsfähig?

Ja, Präparate zur künstlichen Ernährung – auch Sondennahrung – gelten als Arzneimittel, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg nicht möglich ist.

Gibt es eine Heilmittelversorgung durch Krankenschwestern/-pfleger?

Unter „Heilmittel“ fallen Maßnahmen der physikalischen Therapie, der podologischen Therapie, der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie Maßnahmen der Ergotherapie und diese müssen von entsprechend qualifizierten Angehörigen der Heilhilfsberufe (z. B. Krankengymnasten, Logopäden) nach Verordnung von niedergelassenen approbierten Ärzten oder Heilpraktikern durchgeführt werden. Das Berufsbild der Krankenschwestern/-pfleger als staatlich geprüfte Angehörige der Heilhilfsberufe hat andere Inhalte. Soweit sie als Bedienstete lebenserhaltender Systeme eingesetzt werden, wenden sie keine Heilmittel an.

Sind Leistungen bei häuslicher Behandlungspflege vorgesehen?

Ja. Unter die Behandlungspflege fallen ärztlich angeordnete und von geeigneten Pflegefachkräften durchgeführte medizinische Einzelleistungen (wie Verbandwechsel, Blutdruckmessung, Katheterwechsel usw.). Diese sollen eine Heilung, Besserung und Linderung bewirken bzw. eine Verschlimmerung der Krankheit vermeiden. Eine vorherige schriftliche Leistungszusage (dem Grunde und der Höhe nach) ist erforderlich.

Wie funktioniert die Erstattung für Sehhilfen?

Die Kosten für Sehhilfen werden je Leistungsperiode insgesamt bis zu 300 Euro erstattet. Jede Leistungsperiode umfasst zwei Kalenderjahre. Das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr der ersten Leistungsperiode – nicht das Jahr des Erstbezugs!

Gibt es einen offenen Hilfsmittelbegriff?

Ja. Der Tarif **COMFORT** kennt keinen abgeschlossenen Hilfsmittelkatalog. Medizinischer Fortschritt ist somit mitversichert. Um einerseits im Bedarfsfall hochtechnisierte Geräte zur Verfügung stellen zu können, andererseits auch die Kostensteigerung in Grenzen zu halten, gibt es die tarifliche, ausführungsbezogene Leistungsbeschreibung. Der Höhe nach wird der Leistungsumfang auch für Hilfsmittel auf das medizinisch notwendige Maß beschränkt, um unnötige Luxusausführungen zu vermeiden. Empfehlen Sie Ihren Kunden, den Leistungsumfang zu Hilfsmittelerstattungen im Bedarfsfall vor dem Bezug bei seinem für ihn zuständigen Kundendienst-Centrum zu erfragen.

Besteht ein Rechtsanspruch auf die Erstattung von Körperersatzstücken?

Ja. Körperersatzstücke (z. B. künstliches Kniegelenk) gelten als Hilfsmittel, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen sollen. Zahnersatz ist kein Körperersatzstück.

Sind die Kosten für einen Blindenführhund versichert?

Ja. Auch wenn der tarifliche Hilfsmittelbegriff ausdrücklich auf technische Geräte abstellt, sind die Kosten eines Blindenführhundes grundsätzlich erstattungsfähig.

Werden die Kosten für eine Behandlung in einer Krankenhausambulanz übernommen?

Nach § 4 Abs. 2 MB/KK 2009 besteht freie Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten (freie Arztwahl). Dies gilt natürlich auch für Behandlungen in einer Krankenhausambulanz.

STATIONÄRE LEISTUNGEN

Werden belegärztliche Behandlungen bis zu den Regelhöchstsätzen der GOÄ/GOZ erstattet?

Ja. Im Tarif **COMFORT** sind bei einem stationären Krankenhausaufenthalt die Regelleistungen versichert. Verbunden mit dem stationären Zusatztarif **SP** wird auch eine Chefarztbehandlung im Rahmen der GOÄ erstattet – in diesem Fall ohne Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zu Grunde liegt.

Wird für die Unterbringung und Behandlung in Privatkliniken geleistet?

Unsere AVB sind so verfasst, dass stationäre Heilbehandlungen, die inhaltlich der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz entsprechen, versichert sind. Dies gilt auch für Privatkliniken.

COMFORT

Ihre Fragen – Unsere Antworten!

Kann eine gemischte Krankenanstalt auch ohne vorherige Kostenzusage aufgesucht werden?

- Ja. Die Kosten für eine Behandlung in einer gemischten Anstalt werden auch ohne vorherige Kostenzusage übernommen, wenn
- es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
 - die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes der versicherten Person ist oder
 - während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung eintritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert.

Sind die Kosten einer Anschlussheilbehandlung/Anschlussrehabilitation mitversichert?

Ja. Erstattungsfähig sind die Kosten für eine Anschlussrehabilitation, wenn für die vorausgegangene Akutbehandlung im Krankenhaus Leistungspflicht bestand. Die Anschlussrehabilitation muss außerdem vom Krankenhausarzt veranlasst werden und für die Erkrankung muss auch nach der Verlegung aus der Akutbehandlung weiterhin eine krankenhaustypische Behandlung erforderlich sein. Zwischen der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus und der Aufnahme in der Krankenanstalt, in der die Anschlussrehabilitation durchgeführt werden soll, dürfen nicht mehr als zwei Wochen liegen.

Werden Hospizleistungen erstattet?

Ja. Erstattungsfähig sind die Kosten für stationäre Versorgung in einem zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlungen erbracht werden. Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der sozialen Pflegeversicherung, der privaten Pflegepflichtversicherung oder anderen Kostenträgern, besteht für darüber hinausgehende Aufwendungen Leistungspflicht. Eine vorherige schriftliche Leistungszusage (dem Grunde und der Höhe nach) ist erforderlich.

ZAHNÄRZTLICHE LEISTUNGEN

Welche Leistungen sieht der COMFORT bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oraler Implantation und Augmentation vor?

Erstattet werden die Kosten zahnärztlicher Leistungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen für

- Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie und Funktionsdiagnostik einschließlich Material-/Laborleistungen mit 80 %;
- orale Implantate einschließlich Material- und Laborleistungen mit 80 % (bis sechs orale Implantate je Kiefer);
- augmentative Behandlungen einschließlich Material- und Laborleistungen mit 80 %, sofern diese im Zusammenhang mit der Versorgung der vorgenannten maximal sechs oralen Implantate je Kiefer stehen.

Der Tarif **COMFORT** beinhaltet, außer bei nicht durch die Nahrungsaufnahme bedingten Unfällen, in den ersten fünf Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn – das Jahr des Versicherungsbeginns gilt als erstes Kalenderjahr – eine Leistungsstaffel für Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, orale Implantate und Augmentation mit folgenden Erstattungshöchstbeträgen:

- im ersten Kalenderjahr maximal 1.000,- Euro
- in den ersten beiden Kalenderjahren maximal 2.000,- Euro
- in den ersten drei Kalenderjahren maximal 3.000,- Euro
- in den ersten vier Kalenderjahren maximal 4.000,- Euro
- in den ersten fünf Kalenderjahren maximal 5.000,- Euro

Ab dem sechsten Kalenderjahr werden die Kosten für Behandlungen bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, orale Implantate und Augmentation je Leistungsperiode insgesamt bis zu 10.000 Euro erstattet. Jede Leistungsperiode umfasst zwei aufeinander folgende Kalenderjahre.

Bei Zahnersatz, Kieferorthopädie, Funktionsdiagnostik, oralen Implantaten und augmentativen Behandlungen ist vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Wird kein Heil- und Kostenplan für den zuvor genannten Behandlungsbereich eingereicht, werden die zahnärztlichen Leistungen (bezogen auf die prozentuale Leistung und auf die Höchstsätze je Jahr) um die Hälfte gekürzt.

ÜBERGREIFENDE LEISTUNGEN

Was bedeutet „notwendige Transporte mit einem speziellen Krankenfahrzeug“?

Spezielle Krankenfahrzeuge können sowohl Straßen-, Wasser- als auch Luftfahrzeuge sein. Die Kosten der medizinisch notwendigen Inanspruchnahme derartiger spezieller Krankenfahrzeuge sind versichert.

Werden Kosten für Entwöhnungs- /Entziehungsmaßnahmen übernommen?

Ja. Für maximal drei Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren werden die Kosten erstattet, sofern keine Ansprüche auf Erstattung der Kosten gegenüber anderen Kostenträgern bestehen. Dies gilt aber nicht für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren aufgrund von Nikotinabhängigkeit. Vor Beginn der Entwöhnungs- /Entziehungsmaßnahme ist eine schriftliche Zusage dem Grunde und der Höhe nach für eine Kostenübernahme erforderlich.

Werden Kosten für die künstliche Herbeiführung einer Schwangerschaft erstattet?

Ja, erstattungsfähig sind die Kosten für ambulante ärztliche Leistungen und Arznei- und Verbandmittel für maximal drei Versuche einer künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft – unabhängig vom gewählten Verfahren. Sofern aus medizinisch notwendigen Gründen die ambulante Behandlung nicht möglich ist, sind die Kosten für stationäre Krankenhausleistungen erstattungsfähig.

Die Maßnahme muss nach ärztlicher Feststellung zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft medizinisch erforderlich sein und für die versicherte Person ein entsprechender krankhafter Organbefund vorliegen. Weitere Voraussetzungen sind, dass eine deutliche Erfolgsaussicht besteht und die Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland stattfindet. Leistungen werden nur erbracht, soweit der Versicherer dem Grunde und der Höhe nach eine vorherige schriftliche Zusage erteilt hat. Die Begrenzung auf maximal drei Versuche gilt in Summe für ambulant und stationär durchgeführte Versuche.

Die Behandlungskosten eines Partners ohne entsprechenden krankhaften Befund sind nur dann erstattungsfähig, wenn für diesen bei der Continentale Krankenversicherung a.G. oder einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung eine Krankheitskostenvollversicherung besteht und aus dieser Versicherung kein Leistungsanspruch für Maßnahmen zur künstlichen Herbeiführung einer Schwangerschaft hergeleitet werden kann.

COMFORT

Ihre Fragen – Unsere Antworten!

Gilt der Versicherungsschutz auch im außereuropäischen Ausland?

Ja. Es besteht für sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Wenn der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden muss, so besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.

Werden ausländische Rechnungen zu den dort üblichen Preisen erstattet (keine Begrenzung auf die GOÄ)?

Ja, soweit es sich um einen vorübergehenden Aufenthalt im Ausland handelt. Dann gilt bei der Ermittlung der erstattungsfähigen Beträge das Kriterium der Orts- oder Landesüblichkeit. Das bedeutet, dass wir die Beträge anerkennen, die in dem jeweiligen Gebiet/Land ortsüblich und angemessen sind. Nach § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 wird bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum das Versicherungsverhältnis mit der Einschränkung fortgesetzt, dass der Versicherer höchstens zu den Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte. Die Schweiz wird den in § 1 Abs. 5 MB/KK 2009 aufgeführten Staaten gleichgestellt.

IHRE ANSPRECHPARTNER

Regionaldirektion	Produktberater	Mobil	E-Mail
Berlin	Martin Hellwig	0173 7075126	martin.hellwig@continentale.de
Dortmund	Ronny Nitz	0172 2143969	ronny.nitz@continentale.de
Düsseldorf	Alexander Benz	0173 7075123	alexander.benz@continentale.de
Hamburg	Torben Behrens	0173 7005157	torben.behrens@continentale.de
Hannover	Dirk Vahle	0173 7075128	dirk.vahle@continentale.de
Karlsruhe	Elke Grubbe	0173 7075121	elke.grubbe@continentale.de
Köln	Thomas Rieske	0173 7075131	thomas.rieske@continentale.de
Leipzig	Silja Halbritter	0173 7075122	silja.halbritter@continentale.de
München	Mathias Landes	0173 7075124	mathias.landes@continentale.de
Nürnberg	Stefan Schiche	0172 2799137	stefan.schiche@continentale.de
Stuttgart	Detlef Möller	0173 7075129	detlef.moeller@continentale.de
Wiesbaden	Simon Rötger	0173 7075125	simon.roetger@continentale.de

Continental Krankenversicherung a.G.
Ruhrallee 92
44139 Dortmund
www.continentale.de