



Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Zusatztarif inForm für gesetzlich krankenversicherte Personen (AVB Teil II) (KV769_201708)

Gültig in Verbindung mit Allgemeine Versicherungsbedingungen für die nach Art der Schadenversicherung kalkulierte Krankheitskostenversicherung (AVB Teil I)

Inhalt

§ 1	Versicherungsfähigkeit	§ 4	Sonstige Tarifbestimmungen
§ 2	Versicherungsleistungen	§ 5	Monatsbeiträge
§ 3	Einschränkung der Leistungspflicht		

Teil II regelt die tariflichen Leistungen des Tarifs inForm

§ 1 Versicherungsfähigkeit

(1) Sie können sich in Tarif inForm versichern, wenn Sie

- das 16. Lebensjahr vollendet haben
- Ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben und
- Mitglied der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der GKV haben.

Der Wegfall der Voraussetzungen ist uns unverzüglich anzuzeigen. Für Personen, die aus der GKV ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif mit dem Ende des Monats, in dem wir davon erfahren.

(2) Verlegen Sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, so setzt sich das Versicherungsverhältnis fort, sofern Ihre Mitgliedschaft in der GKV oder der Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der GKV im Rahmen der Familienversicherung weiterhin besteht. Wir bleiben in diesem Fall höchstens zu den Leistungen verpflichtet, die wir bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätten.

§ 2 Versicherungsleistungen

(1) Erstattungsfähige Aufwendungen

Der Tarif inForm ersetzt Aufwendungen für

a) Sportmedizinische Untersuchungen / Ernährungsberatung

Wir erstatten 100 % der Aufwendungen für folgende in Deutschland vorgenommene Untersuchungen:

- Sportmedizinische Vorsorgeuntersuchung (Anamnese, Ganzkörperstatus, Ruhe- und Belastungs-EKG sowie Beratung)
- Laktat-Leistungsdiagnostik
- Spiroergometrie (Atemgasanalyse)
- Körperfettanalyse
- Medizinische Bewegungsanalyse, sofern sie von einem Arzt, Physiotherapeuten oder Orthopädietechniker durchgeführt wird,
- Tauchsportuntersuchung

Voraussetzung ist dabei, dass die Untersuchungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet werden. Dies gilt nicht für medizinische Bewegungsanalysen, die von einem Physiotherapeuten oder Orthopädietechniker durchgeführt werden.

Zudem erstatten wir 100 % der Aufwendungen für eine in Deutschland vorgenommene

- Ernährungsberatung

Die Ernährungsberatung muss dabei von einem Arzt oder einem der folgenden Leistungserbringer durchgeführt werden:

- Diätassistent/-in
- Ökotrophologe/-in
- Ernährungswissenschaftler/-in
- Diplom-Ingenieur/-in Ernährungs- und Hygienetechnik, Schwerpunkt "Ernährungstechnik"
- Diplom-Ingenieur/-in Ernährung und Versorgungsmanagement, Schwerpunkt "Ernährung"

Erstattungshöchstbetrag

Die Erstattung der unter Buchstabe a) aufgeführten Aufwendungen ist insgesamt auf 200,00 EUR innerhalb von 24 Monaten begrenzt.

Leistungserbringer

Ihnen steht die Wahl unter den niedergelassenen bzw. in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen approbierten Ärzten sowie den anderen unter Buchstabe a) aufgeführten Leistungserbringern frei.

b) Physikalische Therapien

• Heilmittel

Wir erstatten 100 % der Aufwendungen für folgende Behandlungen:

- Krankengymnastik
- Bewegungsübungen
- Hydrotherapie
- Kälte- und Wärmebehandlung
- Elektrotherapie
- manuelle Therapie
- Massagen,

sofern sie von einem Arzt verordnet und von einem Arzt, Physiotherapeuten oder Masseur in Deutschland durchgeführt werden.

Erhalten Sie eine Vorleistung durch die GKV, erstatten wir 100 % der gesetzlichen Zuzahlungen nach § 61 SGB V (siehe Anhang) für die genannten Heilmittel.

• Osteopathie

Wir erstatten 100 % der Aufwendungen für in Deutschland erbrachte osteopathische Leistungen, wenn diese

- medizinisch geeignet sind, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern;
- vorab von einem Arzt verordnet wurden (dazu reicht ein formloses ärztliches Schreiben, wie zum Beispiel ein Privatrezept oder eine kurze Bestätigung)
- und
- qualitätsgesichert von einem zur osteopathischen Leistungserbringung berechtigten Arzt oder Physiotherapeuten durchgeführt werden. Möglich ist außerdem eine osteopathische Behandlung durch andere Leistungserbringer, die entweder Mitglied eines Berufsverbands der Osteopathen sind oder eine osteopathische Ausbildung absolviert haben, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

Erstattungshöchstbetrag

Die Erstattung der unter b) aufgeführten Aufwendungen ist insgesamt auf 200,00 EUR innerhalb von 24 Monaten begrenzt.

Leistungserbringer

Ihnen steht die Wahl unter den niedergelassenen bzw. in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen approbierten Ärzten sowie den anderen unter Buchstabe b) aufgeführten Leistungserbringern frei.



c) Stationäre Leistungen nach einem Unfall

• Definition des Unfallbegriffs

Ein Unfall liegt vor,

- wenn Sie durch ein plötzlich von außen auf Ihren Körper einwirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleiden,

oder

- wenn Sie sich durch eine erhöhte Kraftanstrengung
- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenken oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrn oder zerreißen.

• Wahlleistungen

Bei einem aufgrund eines Unfalls medizinisch notwendigen stationären Krankenhausaufenthalt in Deutschland erstatten wir 100 % der Aufwendungen für Wahlleistungen.

Als Wahlleistungen gelten die gesondert berechenbare Unterkunft im 2-Bett-Zimmer (einschließlich der Kosten eines Telefonanschlusses sowie der vom Krankenhaus gesondert angebotenen besonderen Verpflegung) und die gesondert berechenbare privatärztliche Behandlung bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Die Aufwendungen für privatärztliche Behandlung müssen dabei nach der GOÄ berechnet werden.

• Leistungserbringer

Sie haben freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern in Deutschland, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

• Ersatz-Entgelt

Fordern Sie bei einer vollstationären Heilbehandlung in Deutschland aufgrund eines Unfalls weder die nachgewiesenen Kosten für eine Unterkunft im 2-Bett-Zimmer noch für eine privatärztliche Behandlung von uns, zahlen wir für jeden Tag des stationären Krankenhausaufenthalts ein Ersatz-Entgelt in Höhe von 40,00 EUR. Weisen Sie lediglich für eine der beiden Wahlleistungen Kosten nach, zahlen wir für jeden Tag des stationären Krankenhausaufenthalts ein Ersatz-Entgelt von 20,00 EUR. Wird bei einer aufgrund eines Unfalls medizinisch notwendigen teilstationären Behandlung auf eine privatärztliche Behandlung verzichtet, zahlen wir für jeden Tag der teilstationären Behandlung ein Ersatz-Entgelt von 20,00 EUR.

• Differenzkosten

Wird aufgrund eines Unfalls ein stationärer Krankenhausaufenthalt medizinisch notwendig und wählen Sie dafür ein anderes als das nächstgelegene Krankenhaus, erstatten wir 100 % der Ihnen nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen.

• Stationäre gesetzliche Zuzahlungen

Bei einem aufgrund eines Unfalls medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausaufenthalt erstatten wir 100 % der gesetzlichen Zuzahlungen nach § 39 Abs. 4 SGB V (siehe Anhang).

• Stationärer ersetzende ambulante Operationen

Lassen Sie aufgrund eines Unfalls eine ambulante Operation durchführen, durch die eine vollstationäre Behandlung vermieden wird, zahlen wir Ihnen pro Versicherungsfall eine Aufwandspauschale von 200,00 EUR.

d) Auslandsreisenschutz

Sind Sie nur vorübergehend und nicht beruflich im Ausland unterwegs, geben wir Ihnen für die ersten 8 Wochen jedes dieser Auslandsaufenthalte den nachfolgend beschriebenen Versicherungsschutz.

Wir erstatten medizinisch notwendige Aufwendungen für:

- Ambulante ärztliche Untersuchungen und Heilbehandlungen einschließlich Röntgendiagnostik. Behandlungen durch Heilpraktiker werden nicht ersetzt.
- Arznei-, Heil- und Verbandmittel, die ärztlich verordnet wurden. Nicht als Arzneimittel gelten, auch wenn sie ärztlich verordnet und heilwirksam sind: Nahrungsmittel und Stärkungsmittel, kosmetische Präparate sowie Mittel, die vorbeugend oder ständig genommen werden. Für Massagen, Bäder, medizinische Packungen und Krankengymnastik leisten wir nicht.
- Die Miete ärztlich verordneter Hilfsmittel, die erstmals erforderlich werden. Ist mieten nicht möglich, erstatten wir den Kauf dieser Hilfsmittel in einfacher Ausführung. Aufwendungen für Sehhilfen und Hörgeräte übernehmen wir nicht.
- Schmerzstillende Zahnbehandlungen einschließlich notwendiger Füllungen und provisorischen Zahnersatz jeweils in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von bereits vorhandenem Zahnersatz. Nicht erstat-

tungsfähig sind Neuanfertigungen von Zahnersatz und Kronen sowie Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen.

- Stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten sowie Verpflegung und Unterkunft im Krankenhaus.
- Dekompressionsbehandlungen, die wegen eines Tauchunfalls erforderlich werden.
- Untersuchung und Behandlung von regelwidrigen Schwangerschaftsbeschwerden, Frühgeburten, Fehlgeburten oder notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche, sofern sie vor der 37. Schwangerschaftswoche eintreten. In diesen Fällen ist das Neugeborene bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit von Mutter und Kind mitversichert.
- Den Transport zur stationären (Erst-)Behandlung in das nächsterreichbare Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt. Wird ein weiterer Transport von der Erstversorgung in das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus nötig, erstatten wir diesen auch.

Außerdem erstatten wir:

- Die Mehrkosten für einen medizinisch sinnvollen Rücktransport an Ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland oder in das Ihrem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Krankenhaus. Mehrkosten sind die durch den Versicherungsfall für eine Rückkehr zusätzlich entstehenden Kosten, die beim normalen Verlauf der Reise nicht entstanden wären. Sie werden auch erstattet, wenn
 - die voraussichtlichen Kosten der Heilbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen würden oder
 - nach Prognose des behandelnden Arztes der Krankenhausaufenthalt im Ausland voraussichtlich länger als 14 Tage dauern würde.
- Die Mehrkosten für eine Begleitperson, wenn die Begleitung medizinisch sinnvoll ist.
Für den Rücktransport bieten wir einen 24-Stunden-Notrufservice an. Wenn der Rücktransport nicht durch uns organisiert wurde, müssen wir nicht leisten.
- Die bei Tod einer versicherten Person durch Überführung in das Inland oder die Bestattung am Sterbeort entstehenden Kosten bis zu 10.000,00 EUR.

Ihr Versicherungsschutz endet, wenn Sie den Auslandsaufenthalt bzw. das Versicherungsverhältnis oder den Rücktransport beenden, spätestens jedoch mit dem Ende der 8. Aufenthaltswoche im Ausland.

Ist die Rückreise bei Ende des Versicherungsverhältnisses oder mit dem Ende der 8. Aufenthaltswoche aus medizinischen Gründen nicht möglich, verlängert sich die Leistungsdauer bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie ohne Gefährdung der Gesundheit zurückreisen können.

e) Bergungs- und Rettungskosten

Wir erstatten die Kosten für Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze im In- und Ausland, sofern diese wegen eines medizinischen Notfalls oder als Unfallfolge anfallen. Die Einsätze müssen von öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisierten Rettungsdiensten geleistet werden.

haben Sie für notwendige Such-, Rettungs- oder Bergungseinsätze einen Anspruch auf Leistungen durch die GKV oder andere Leistungserbringer, erstatten wir nur den Teil der Aufwendungen, der darüber hinausgeht.

Erstattungshöchstbetrag

Die Erstattung der unter Buchstabe e) aufgeführten Aufwendungen ist auf 10.000,00 EUR je versicherter Person und Versicherungsfall begrenzt.

(2) Zeitpunkt der Aufwendungen

Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

(3) Wartezeiten

Abweichend von § 4 Abs. 2 AVB Teil 1 sind keine Wartezeiten zu erfüllen.

(4) Auskunft über Leistungsprüfung

Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, können Sie in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Wir erteilen Ihnen die Auskunft spätestens nach 4 Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, erteilen wir die Auskunft unverzüglich, spätestens nach 2 Wochen. Wir gehen dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens bei uns. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch uns vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

Wir geben auf Ihr Verlangen hin Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die wir bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt haben. Sprechen erhebliche therapeutische oder sonstige Gründe gegen eine Auskunft an oder eine Einsicht durch Sie, können Sie nur verlangen, dass wir einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir die entstandenen Kosten.



§ 3 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Wir sind nicht zur Leistung verpflichtet

- für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsergebnissen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- für Behandlungen, die ursächlich im Zusammenhang mit Sportarten stehen, für deren Ausübung Sie Einkünfte erzielen und daraus Ihren Lebensunterhalt bestreiten;
- für Behandlungen, die ursächlich auf der Ausübung der Kampfsportarten Boxen, Kickboxen, Thaiboxen, Taekwondo oder Vollkontaktkarate beruhen;
- für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle, sowie deren jeweilige Folgen;
- für Behandlungen in Krankenanstalten bzw. durch Heilpraktiker, Ärzte oder sonstige Leistungserbringer, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben. Dies gilt nur, wenn Sie vor Eintritt des Versicherungsfalles über den Leistungsausschluss informiert wurden.
- für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden gemäß den Leistungen des Tarifs erstattet.

(2) Bei stationären Behandlungen (siehe § 2, Absatz 1 Buchstabe c) sind wir darüber hinaus nicht zur Leistung verpflichtet

- für vor Abschluss des Versicherungsvertrags eingetretene Unfälle und deren Folgen;
 - für stationäre psychotherapeutische oder stationäre psychiatrische Behandlungen;
 - für Unfälle, die ursächlich
 - auf Geistes- und Bewusstseinsstörungen, Schlaganfällen, epileptischen Anfällen oder anderen Anfällen, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, beruhen, sofern diese Störungen oder Anfälle nicht durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach § 2 Abs. 1 Buchstabe c) verursacht waren,
 - auf Trunkenheit oder auf der Einnahme von Rauschmitteln beruhen,
 - auf vorsätzlich begangenen Straftaten der versicherten Personen beruhen;
 - für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen;
 - für Rehabilitationsmaßnahmen, falls sie von einem der gesetzlichen Rehabilitationsträger wie z. B. der Gesetzlichen Rentenversicherung oder Berufsgenossenschaften durchgeführt werden;
 - bei einer als Folge eines Unfalls bedingten Schwer- oder Schwerstpflegebedürftigkeit nach § 15 Abs. 1 SGB XI.
- (3) Der Versicherungsschutz bei Auslandsreisen (siehe § 2, Absatz 1 Buchstabe d) gilt zudem nicht
- für Behandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, die Reise wurde wegen des Todes des Ehegatten, des Lebenspartners oder eines Verwandten ersten Grades unternommen;

- für Krankheiten und deren Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird.

(4) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, können wir die Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(5) Aufwendungen nach § 2 Absatz 1 Buchstaben a) und b), die nicht nach GOÄ berechnet werden können, gelten als angemessen, soweit sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

(6) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, sind wir nur für den Teil der Aufwendungen leistungspflichtig, der trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleibt.

(7) Haben Sie wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 4 Sonstige Tarifbestimmungen

(1) Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung

Der in § 7 b Abs. 1 AVB Teil I genannte Prozentsatz beträgt beim Vergleich der Versicherungsleistungen 10 %.

(2) Anpassung des Versicherungsschutzes

Nach § 17 Abs. 1 AVB Teil I können die in § 2 Abs. 1 genannten Erstattungshöchstbeträge mit Wirkung für bereits bestehende Versicherungsverhältnisse mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angehoben werden.

Diese Änderungen werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf die Mitteilung an Sie folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

§ 5 Monatsbeiträge

Die Berechnung der Beiträge ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Beiträge werden jeweils getrennt für die Altersintervalle von 16 bis 60 Jahren sowie ab 61 Jahren bestimmt.

Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie zunächst den Beitrag, der Ihrem Eintrittsalter entspricht. Als Eintrittsalter gilt die Anzahl der bei Versicherungsbeginn (siehe § 2 AVB Teil I) vollendeten Lebensjahre. Ein Lebensjahr gilt zum Ende des Geburtsmonats als vollendet.

Sobald Sie das 61. Lebensjahr vollendet haben, müssen Sie ab Beginn des hierauf folgenden Monats den Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zahlen.



Anhang

Zusätzliche Informationen

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)

§ 39 Krankenhausbehandlung, Abs. 4

(4) Versicherte, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, zahlen vom Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung an innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 28 Tage den sich nach § 61 Satz 2 ergebenden Betrag je Kalendertag an das Krankenhaus. Die innerhalb des Kalenderjahres bereits an einen Träger der gesetzlichen Rentenversicherung geleistete Zahlung nach § 32 Abs. 1 Satz 2 des Sechsten Buches sowie die nach § 40 Abs. 6 Satz 1 geleistete Zahlung sind auf die Zahlung nach Satz 1 anzurechnen.

§ 61 Zuzahlungen

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.