



Allgemeine Versicherungsbedingungen für den ambulanten Zusatztarif VORS für gesetzlich krankenversicherte Personen (KV786_201708)

Teil II Leistungsregelungen

Gültig in Verbindung mit

**Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die nach Art der Schadenversicherung
kalkulierte Krankheitskostenversicherung**

Inhalt

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

Teil II regelt die tariflichen Leistungen des Tarifs VORS

§ 1 Versicherungsfähigkeit

(1) Versicherungsfähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben und darüber hinaus Mitglied der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung haben. Der Wegfall der

Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Für Personen, die aus der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, endet das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif mit dem Ende des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

(2) Verlegt eine versicherte Person 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 die Mitgliedschaft in der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung oder der Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen der Familienversicherung weiterhin besteht. Der Versicherer bleibt in diesem Fall höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 2 Versicherungsleistungen

(1) Erstattungsfähige Aufwendungen

Der Tarif VORS ersetzt Aufwendungen für

a) Vorsorgeuntersuchungen/Individuelle Gesundheitsleistungen

Der Tarif VORS ersetzt 100 % der Aufwendungen für die im Folgenden aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen/Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL). Die Summe der Versicherungsleistungen für Vorsorgeuntersuchungen ist auf 400,00 EUR innerhalb von 12 Monaten begrenzt.

Allgemeine Vorsorge:

- Glaukomvorsorge grüner Star
- Großer Gesundheitscheck
- Hirnleistungscheck
- HIV-Test
- Lungenfunktionstest Lungen-Check
- Osteoporosevorsorge per Knochendichtemessung Osteodensitometrie
- Schilddrüsenvorsorge
- Schlaganfallvorsorge
- Sono-Check - Sonografie-Ultraschall der inneren Organe
- Hauttypbestimmung inklusive Hautfunktionstest
- Magenvorsorge per Helicobacter-Pylori-Test
- Prostatavorsorge PSA-Test

Schwangerschaftsvorsorge:

- Triple-Test
- Zusätzliche Sonografie
- Toxoplasmose-Test
- Nackentransparenzmessung
- Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese und FISH-Schnelltest)

Krebsvorsorge:

- Brustkrebsvorsorge per Mammografie
- Brustkrebsvorsorge per Ultraschall
- Darmkrebsvorsorge per Stuhltest und Darmspiegelung
- Große erweiterte Krebsvorsorge für die Frau
- Große erweiterte Krebsvorsorge für den Mann
- Hautkrebsvorsorge inklusive Video-Dermatoskopie

Kinder- und Jugendlichenvorsorge:

- Augencheck
- Gehörcheck
- J2 Vorsorgeuntersuchungen für Jugendliche
- Schielvorsorge
- U6a Vorsorgeuntersuchungen
- U9a/U9b Vorsorgeuntersuchungen

b) Schutzimpfungen inklusive Impfstoff

Der Tarif VORS ersetzt 100 % der Aufwendungen für die von der STIKO empfohlenen Schutzimpfungen, die Aufwendungen für Malaria-Prophylaxe, Reiseschutzimpfungen und Schutzimpfungen gegen FSME, Gelbfieber, Hepatitis, Tollwut und Typhus. Die Summe der Versicherungsleistungen für Schutzimpfungen inklusive Impfstoffe ist auf 200,00 EUR innerhalb von 24 Monaten begrenzt.

Enthält die Rechnung privatärztliche Vergütungsanteile, so sind Aufwendungen für die unter den Buchstaben a bis b aufgeführten Leistungen bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung erstattungsfähig.

Sofern für Aufwendungen gemäß a) bis b) ein Anspruch auf Leistungen gegenüber der GKV besteht, sind diese zuerst in Anspruch zu nehmen. In diesen Fällen wird maximal die noch verbleibende Differenz zu den tatsächlich entstandenen Aufwendungen gezahlt.

(2) Begrenzung der Versicherungsleistung in den ersten 24 Monaten

In den ersten 24 Monaten wird pro versicherter Person die Versicherungsleistung auf

- 100,00 EUR innerhalb der ersten 12 Monate

- 200,00 EUR innerhalb der ersten 24 Monate begrenzt.

(3) Zeitpunkt der Aufwendungen

Die Aufwendungen gelten zum Zeitpunkt der Behandlung als entstanden.

(4) Wartezeiten

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

(5) Maßgebliche Gebührevorschriften

Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden.

(6) Leistungserbringer und Behandlungsarten

a) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen oder unter den in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren approbierten Ärzten frei.

b) Die Aufwendungen von medizinischen Versorgungszentren und von juristischen Personen (Instituten), die auf Veranlassung eines Arztes Labor- oder Röntgenleistungen erbringen, sind erstattungsfähig. Im Übrigen besteht für die Inanspruchnahme von Leistungen von juristischen Personen kein Leistungsanspruch.

§ 3 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Aufwendungen nach GOÄ sind nur angemessen, wenn sie nach den dort festgelegten Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind. Aufwendungen, die nicht nach diesen Gebührevorschriften berechnet werden können, gelten als angemessen, soweit sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

(3) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamt-erstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 4 Sonstige Tarifbestimmungen

(1) Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung

Der in § 7b Abs. 1 Teil I der AVB genannte Vomhundertsatz beträgt bei dem Vergleich der Versicherungsleistungen 10 %.

(2) Anpassung des Versicherungsschutzes

Gemäß § 17 Abs. 1 Teil I der AVB können die in § 2 Abs. 1 genannten Erstattungshöchstbeträge mit Wirkung für bereits bestehende Versicherungsverhältnisse mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angehoben werden. Des Weiteren wird der Leistungsumfang des Tarifs VORS gemäß § 2 Abs. 1 vom Versicherer regelmäßig auf seinen Anpassungsbedarf hinsichtlich des medizinischen Standards überprüft und gegebenenfalls mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders für bestehende Versicherungsverhältnisse angepasst.

Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung an den Versicherungsnehmer 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 0 bis 20 Jahren und ab 21 Jahren bestimmt.

Zu Beginn der Versicherung ist zunächst der Beitrag zu zahlen, der dem Eintrittsalter entspricht. Als Eintrittsalter gilt die Anzahl der bei Versicherungsbeginn (siehe § 2 Teil 1 der AVB) vollendeten Lebensjahre. Ein Lebensjahr gilt zum Ende des Geburtsmonats als vollendet.

Sobald eine versicherte Person das 21. Lebensjahr vollendet, ist ab Beginn des hierauf folgenden Monats der Beitrag der Altersgruppe ab 21 Jahren zu zahlen.