Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)
Teil II

INTER QualiMed Z® Ambulant
Tarif AVP

Stand 01.09.2016

Der Tarif (Teil II AVB) gilt in Verbindung mit den Rahmenbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (Teil I AVB).

A. Aufnahmefähigkeit / Versicherungsfähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben.

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis haben.

Die Beendigung der Versicherung in der GKV bzw. des Anspruchs auf Heilfürsorge ist der INTER unverzüglich mitzuteilen.

B. Leistungen der INTER

1. Ambulante Vorsorgeuntersuchungen

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 500 EUR pro Kalenderjahr.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen sind für jede versicherte Person in den ersten 24 Monaten ab Versicherungsbeginn begrenzt auf einen Erstattungsbetrag von höchstens

150 EUR innerhalb der ersten 12 Monate,

300 EUR innerhalb der ersten 24 Monate.

Enden die ersten 24 Monate vor Ablauf des Kalenderjahres, ist auch für dieses Kalenderjahr die Gesamterstattung auf einen Betrag von maximal 500 EUR begrenzt.

Vorsorgeuntersuchungen müssen in der jeweiligen Rechnung als solche bezeichnet sein.

2. Sehhilfen

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 150 EUR innerhalb von 24 Monaten. Bei der Ermittlung der maximalen Erstattungsfähigkeit werden ausgehend vom Bezugs- oder Reparaturdatum der betreffenden Sehhilfe jeweils alle Erstattungen für Sehhilfen der davorliegenden 24 Monate aus diesem Tarif berücksichtigt.

3. Gesetzliche Zuzahlungen bei ambulanter Behandlung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die nach § 61 SGB V vorgesehenen - bei Heilfürsorgeberechtigten für die in analoger Anwendung dieser Vorschrift vorgesehenen - Zuzahlungen zu

- Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 SGB V),
- Heilmitteln (§ 32 SGB V),
- Hilfsmitteln (§ 33 SGB V) und
- Fahrkosten (§ 60 SGB V) bei ambulanten Behandlungen.

Als Kostennachweis ist die jeweilige Quittung vorzulegen.

Nicht genannte Zuzahlungen sind nicht erstattungsfähig.

4. Gebührenordnung

Erstattungsfähig sind im Rahmen der vorstehend genannten Höchsterstattungsbeträge die Aufwendungen für ärztliche Leistungen bis zu den in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätzen.

5. Serviceleistungen

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten werden über das INTER Service Center (telefonisch erreichbar unter 0621 427-427) umfangreiche Serviceleistungen angeboten:

<u>Medizinische Informationen zu</u>

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen,
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen,
- geplanten Krankenhausaufenthalten.

Unterstützung und Betreuung durch

- Benennung von ärztlichen, zahnärztlichen und Apotheken-Notdiensten,
- Benennung von Spezialisten, Fachkliniken, Rehabilitations- und Kureinrichtungen,
- aktive Hilfe bei der Suche nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten,
- Hilfe bei der Beschaffung von ärztlich verordneten Medikamenten, Blutkonserven und Seren,
- Benennung von Fach- und Pflegekräften, häuslichen Pflegediensten, Haushaltshilfen, Kinderbetreuern, Selbsthilfegruppen,
- Beratung bei Umschulungsmaßnahmen bei teilweiser Berufsunfähigkeit.

C. Beitrag

Im Tarif AVP wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Der zu zahlende Beitrag ist der jeweils gültigen Beitragstabelle zu entnehmen. Siehe hierzu auch Teil I § 8 Abs. 1 AVB. Die bei Versicherungsbeginn gültige Beitragstabelle ist als Anlage 1 beigefügt.

Bei einer Beitragsanpassung nach Teil I § 8 Abs. 5 bis 7 AVB stellt die INTER dem Versicherungsnehmer die geänderte Beitragstabelle zur Verfügung