# Tarif privat ambulant,
# Baustein vorsorge spezial (AV)

## Ergänzungstarif für Vorsorgeuntersuchungen, Zuzahlungen, Sehhilfen und Auslandsaufenthalte für Personen, die der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angehören

Version 01.2013

**Der Baustein vorsorge spezial (AV) ist integrierender Bestandteil des Tarifs privat ambulant und kann nur mit mindestens einem anderen Baustein des Tarifs privat ambulant bestehen.**

**Advigon Versicherung AG, Postfach, Drescheweg 1,
9490 Vaduz, LIECHTENSTEIN. Nachfolgend Versicherer genannt.**

### Art. 1 Vorsorgeuntersuchungen

Der Versicherer erstattet auf der Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bei den nachfolgend abschließend genannten ambulanten Vorsorgeuntersuchungen **100 %** der Aufwendungen bis zu **500 EUR** innerhalb von 24 zusammenhängenden Kalendermonaten.

**Liste der Vorsorgeuntersuchungen, die erstattungsfähig sind:**

- Früherkennungsuntersuchung
- U6a im 15. - 18. Lebensmonat
- U10 im 7. - 8. Lebensjahr
- U11 im 10. - 11. Lebensjahr
- J im 14. - 18. Lebensjahr
- großer Gesundheitscheck

Untersuchung mit:

**Anamnese - Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils**

- klinische Untersuchung
- Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), ggf. einschließl. Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung, Ultraschalluntersuchung sowie Untersuchung verschiedener Blut- und Stoffwechselwerte
- große Krebsvorsorge für Frauen
  klinische Untersuchung einschließl. Untersuchung von Urin und Vaginalsekret, Blutuntersuchung und Ultraschalluntersuchung der Organe des kleinen Beckens und der Nieren
- große Krebsvorsorge für Männer
  klinische Untersuchung einschließl. Urinuntersuchung (ggf. mit Urinzytologie), Blutuntersuchung (PSA) und Ultraschalluntersuchung der Prostata und der Nieren
- Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung einschließl. Dermatoskopie
- HIV-Test
- Mammographie zur Brustkrebs-Früherkennung
- Ultraschalluntersuchung zur Brustkrebs-Früherkennung auf besonderen Wunsch der Frau
- Untersuchung zur Früherkennung des Prostatakarzinoms durch Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA-Test)
- Früherkennung von Schwerhörigkeit bei Neugeborenen mittels Bestimmung der otoakustischen Emissionen oder mittels Hirnstammaudiometrie (Audio-Check)
- Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen im Kleinkind- und Vorschulalter durch instrumentelle Untersuchung (Schiel-Vorsorge)
- Früherkennung des Glaukoms (Grüner Star) mittels Perimetrie, Ophthalmoskopie und/oder Tonometrie (Glaukom-Vorsorge)
- sonographische Untersuchung auf Vitalität des Fötus in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche
- Triple-Test zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Fötus auf Wunsch der Schwangeren außerhalb der GKV-Leistungspflicht
- Osteoporose-Prävention
  1. Beratung
  2. Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)
- Sono-Check: Ultraschalluntersuchung der inneren Organe
- Doppler-Sonographie der Hirngefäße: Kontrolle der Gehirndurchblutung ohne klinische Auffälligkeiten
- Hirnleistungscheck zur Früherkennung einer Demenz (Brain-Check)

### Art. 2 Zuzahlungen

Der Versicherer erstattet im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Grundbedingungen und Tarif, nachfolgend AVB genannt) **100 %** der Zuzahlungen

- für eine Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers (Praxisgebühr) (§ 28 Abs. 4 Sätze 1 und 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V));
- bei ärztlich verordneten Arznei- und Verbandmitteln (§ 31 Abs. 3 SGB V);
- bei ärztlich verordneten Heilmitteln (§ 32 Abs. 2 SGB V);
- bei ärztlich verordneten Hilfsmitteln (§ 33 Abs. 8 SGB V);
- bei häuslicher Krankenpflege (§ 37 Abs. 5 SGB V);
- bei ärztlich verordneter Soziotherapie (§ 37a Abs. 3 SGB V);
- bei Inanspruchnahme von Haushaltshilfe (§ 38 Abs. 5 SGB V);
- bei einer vollstationären Krankenhausbehandlung (§ 39 Abs. 4 SGB V);
- bei medizinischen Vorsorgeleistungen (§ 23 Abs. 6 SGB V);
- bei medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter (§ 24 Abs. 3 SGB V);
- bei medizinischer Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 3 SGB V);
- bei medizinischer Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 SGB V);
- bei Anschlussrehabilitation (§ 40 Abs. 6 SGB V);
- bei Fahrkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V).

Erstattungsfähig sind Zuzahlungen bis zur geltenden Belastungsgrenze gemäß § 62 SGB V.

### Art. 3 Sehhilfen

Der Versicherer erstattet im Rahmen der AVB **100 %** des nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Rechnungsbetrages für Brillen und Kontaktlinsen.

Ein Anspruch auf Erstattung besteht jeweils innerhalb eines Zeitraumes von 24 Monaten, ausgehend vom Versicherungsbeginn, bis zu einem Gesamterstattungsbetrag von **250 EUR**. Bei Bezug einer Sehhilfe in den ersten 12 Monaten nach Versicherungsbeginn be-



Advigon Versicherung AG Postfach Drescheweg 1 9490 Vaduz LIECHTENSTEIN www.advigon.com

trägt die maximale Erstattung **50 EUR** innerhalb der ersten 24 Monate.

### Art. 4 Mehrkosten bei stationärer Behandlung

Der Versicherer erstattet im Rahmen der AVB **100 %** der Mehrkosten für eine vollstationäre Behandlung in der allgemeinen Abteilung, die dem Versicherten vom Träger der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt.

### Art. 5 Assistance-Leistungen bei Notfällen im Ausland und Kostenübernahme bei kurzfristigen Auslandsreisen

Bei Notfällen im Ausland ist der Auslandsservice des Versicherers Tag und Nacht telefonisch erreichbar. Auf Anfrage leistet der Versicherer folgende Hilfestellungen:

- Informationen über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- Benennung eines Arztes vor Ort;
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt;
- Organisation des Informationsaustausches zwischen den beteiligten Ärzten, insbesondere zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt;
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers;
- Organisation des medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransportes nach Deutschland sowie bei Tod des Versicherten Organisation der Überführung zum Bestattungsort in Deutschland bzw. Organisation der Bestattung im Ausland.

Der Versicherer erstattet im Rahmen der AVB bei kurzfristigen Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen ab Reisebeginn bei unvorhergesehener Erkrankung oder Unfall die bei der Heilbehandlung im Ausland entstehenden Kosten. Erstattungsfähig sind hierbei Aufwendungen für

- Arzt und Facharzt, der nach dem für das jeweilige Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen ist;
- Weggebühren des Arztes;
- Operation sowie Assistenz und Narkose;
- Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
- Arznei-, Verband- und Heilmittel;
- stationäre Heilbehandlung in einem Krankenhaus.

Dauert der Krankenhausaufenthalt länger als 14 Tage, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten / Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Reise eines Ehegatten oder eines Verwandten 1. oder 2. Grades zum Ort des Krankenhausaufenthaltes und von dort zurück zum Wohnort und übernimmt die erforderlichen Kosten für das Transportmittel. Die Kosten des Aufenthaltes sind nicht versichert. Können die versicherten Personen infolge von Erkrankung oder Todesfall auf einer Reise nicht mehr für die mitreisenden und mitversicherten Kinder, die das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sorgen, organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten / Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten die Rückreise der Kinder. Soweit erforderlich organisiert der Versicherer auf Antrag des Versicherten / Versicherungsnehmers oder eines Beauftragten auch die Reise einer Begleitperson und übernimmt die dadurch zusätzlich entstehenden Kosten. Der Versicherer übernimmt

- die Mehrkosten für Informationen über Möglichkeiten ärztlicher Versorgung;
- den Transport zur stationären Heilbehandlung in das nächste erreichbare geeignete Krankenhaus oder zum nächsten erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste;
- die zahnärztliche Behandlung, und zwar Maßnahmen zur Schmerzbeseitigung sowie notwendige Zahnfüllungen in einfacher Ausführung, ferner akut notwendig werdende Reparaturen von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit. Nicht erstattungsfähig ist die Neuanfertigung von Zahnersatz.
- einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Rücktransport aus dem Ausland nach Deutschland. Medizinisch notwendig ist ein Rücktransport dann, wenn aufgrund der Erkrankung eine ausreichende Behandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und die Erkrankung anschließend im Inland stationär weiterbehandelt wird. Der Rücktransport muss in das Krankenhaus am ständigen, vor Beginn der Reise vorhandenen Wohnsitz oder in das von dort nächste erreichbare geeignete Krankenhaus erfolgen. Die notwendigen Kosten für eine mitversicherte Begleitperson werden ebenfalls übernommen. Der Versicherer organisiert den medizinisch notwendigen Rücktransport nach Beantragung unter der Notfallnummer. Wird ein nicht vom Versicherer organisierter Rücktransport durchgeführt, so erfolgt eine Leistung nur insoweit, als sie bei Organisation durch den Versicherer angefallen wäre.
- die bei Tod anfallenden Kosten einer Bestattung im Ausland oder einer Überführung des Verstorbenen an seinen ständigen Wohnsitz in Deutschland bis zu **12.000 EUR**.

Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über den vereinbarten Zeitraum hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, jedoch längstens auf 12 Monate, gerechnet vom Beginn der Reise. Die Leistungen werden ohne Vorleistung durch die GKV erbracht. Besteht jedoch Anspruch auf Leistungen der GKV, so werden diese auf den Erstattungsbetrag angerechnet. Nicht erstattet werden Aufwendungen für Hilfsmittel und Heilpraktiker. Für die hier beschriebenen Leistungen bei Auslandsreisen entfallen die für Heilbehandlungen im Ausland gemäß Teil I § 1 Abs. 4 der AVB vorgesehenen Einschränkungen sowie die Wartezeiten und die Begrenzung der Leistungspflicht durch die gültige amtliche deutsche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ).

### Art. 6 Tarifbeitrag

Die jeweils gültigen Tarifbeiträge werden in einem Anhang, der integrierender Bestandteil des Tarifs privat ambulant ist, geregelt.