

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 Erstat-

tungsbetrag 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 Höchstleistungsbeträge 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:

Medizinische Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen,
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kos-

tenplänen,

- 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 Bei-

tragstabelle ist als Anlage 1 beigelegt.

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

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil II

INTER QualiMed Z[®] Ambulant

Tarif AGP

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 Dienstver-

hältnis haben und

- für die eine Versicherung nach Tarif AVP besteht.

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

B. Leistungen der INTER

1. Privatärztliche Leistungen

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ambulante ärztliche Leistungen (z.B. IGeL-Leistungen) bis zu einem Erstattungsbetrag von 300 EUR pro Kalenderjahr.

2. LASIK

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für operative Maßnahmen einschließlich Vor- und Nachuntersuchung zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z.B. durch LASIK) bis zu einem Erstattungsbetrag von 800 EUR pro Auge. Ein erneuter Anspruch besteht nicht vor Ablauf von fünf Jahren. Eine zusätzliche Erstattung nach Nr. 1 für eine solche Maßnahme ist ausgeschlossen.

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

200 EUR innerhalb der ersten 12 Monate,

400 EUR innerhalb der ersten 24 Monate.

3. Sehhilfen

Zu 100% erstattungsfähig sind die zusätzlichen Aufwendungen für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt weiteren 250 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.

4. Nicht verschreibungspflichtige Arznei- und Verbandmittel

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 50 EUR pro Kalenderjahr.

5. Heilmittel

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete Heilmittel bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 200 EUR pro Kalender-

jahr, sofern die Behandlung von staatlich geprüften Angehörigen von Gesundheitsfachberufen durchgeführt wird. Hierzu gehören zum Beispiel Inhalationen, Physiotherapie (Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Übungsbehandlung, Traktionsbehandlung, manuelle Lymphdrainage, Massagen, Hydrotherapie, Packungen und Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie), Logopädie, Ergotherapie, Podologie.

Erstattungsfähig sind Mehraufwendungen für die Behandlung außerhalb der Praxis des Leistungserbringers (Hausbesuch), sofern dies ärztlich verordnet wurde.

Abweichend von Teil I § 4 Abs. 4 Satz 4 AVB sind die Aufwendungen bis zum 1,15-fachen der beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig.

6. Gebührenordnung

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

7. Sonstige Bestimmungen

Besteht gleichzeitig ein Erstattungsanspruch aus Tarif AVP, erfolgt die Erstattung vorrangig aus Tarif AVP.

Die Gesamterstattung darf 100% des Rechnungsbetrags nicht übersteigen.

C. Beitrag

Im Tarif AGP 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 Bei-

tragstabelle ist als Anlage 1 beigelegt.

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