Gothaer

Tarif MediGroupAG FlexSelect Ergänzungsversicherung im Rahmen eines AG-finanzierten Gruppenversicherungsvertrages

(Stand: 01.09.2020)

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)
(gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/KK 2009*)

Der Versicherungsschutz

A. Allgemeine Bestimmungen
1. Geltung des Gruppenversicherungsvertrages
2. Versicherungsfähigkeit/Versicherte Personen/Versicherungsnehmer
3. Befristete Vertragslaufzeit
B. Tarifleistungen/Leistungen des Versicherers
1. Erstattungsmerkmale
1.1 Höchsterstattungsbetrag des Tarifs/Tarifstufen
1.2 100%-Erstattung/Anrechnung einer Vorleistung/Sonstige Höchstbeträge
2. Ambulante Behandlung
2.1 Operative Sehschärfenkorrekturen
2.2 Hilfsmittel
2.3 Sehhilfen
2.4 Hörgeräte
2.5 Heilmittel
2.6 Arznei- und Verbandmittel/Nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel
3. Zahnärztliche Behandlung
3.1 Professionelle Zahnreinigung/Zahnprophylaxe
3.2 Zahnbehandlung
3.3 Zahnersatz
4. Stationäre Behandlung
4.1 Krankenhaustagegeld bei stationärer Behandlung
5. Beratungs- und Assistanceleistungen des Versicherers
C. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht
D. Ende der Versicherung/Obliegenheit
E. Beiträge

* Für Tarife, die in Verbindung mit den AB/KK 2009 gelten, werden keine Altersrückstellungen gebildet.

A. Allgemeine Bestimmungen

1. Geltung des Gruppenversicherungsvertrages

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I und Teil II) gelten in Verbindung mit den für den Versicherungsschutz nach Tarif MediGroupAG FlexSelect maßgeblichen Regelungen des zwischen dem jeweiligen Arbeitgeber und dem Versicherer abgeschlossenen Gruppenversicherungsvertrages.

2. Versicherungsfähigkeit/ Versicherte Personen/ Versicherungsnehmer

Versicherungsfähig sind unter Berücksichtigung des § 1 Abs. 2 AVB beschäftigte Arbeitnehmer (versicherte Personen),

- die bei Abschluss des Tarifs MediGroupAG FlexSelect das 16. Lebensjahr vollendet haben und
- deren Arbeitgeber (Versicherungsnehmer) sich zur Beitragszahlung im Rahmen des bestehenden Gruppenversicherungsvertrages zu Gunsten der versicherten Personen verpflichtet hat.

3. Befristete Vertragslaufzeit

Der Versicherungsschutz nach Tarif MediGroupAG FlexSelect ist befristet. Das Versicherungsverhältnis mit der versicherten Person endet zum Schluss des Monats, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet. Eine Abmeldung durch den Versicherungsnehmer ist nicht erforderlich.

216669 - 09.2020

B. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1.
Erstattungsmerkmale

1.1
Höchsterstattungsbetrag des Tarifs/Tarifstufen

Der Höchsterstattungsbetrag dieses Tarifs wird mit dem Versicherungsnehmer jeweils für die versicherte Person vereinbart. Er beträgt pro versicherte Person und Kalenderjahr

- **300 Euro** in der Tarifstufe 1
- **500 Euro** in der Tarifstufe 2
- **750 Euro** in der Tarifstufe 3

Der Höchsterstattungsbetrag gilt für sämtliche Leistungen dieses Tarifs (vgl. Abschnitt C.2). Hiervon ausgenommen sind Aufwendungen nach Abschnitt B.5.

Der Versicherungsnehmer kann die Tarifstufe insgesamt oder für einzelne versicherte Personen zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres wechseln. Die Umstellung der Tarifstufe muss binnen einer Frist von zwei Monaten zum Jahresende beim Versicherer beantragt werden.

Bei unterjährigem Versicherungsbeginn vermindert sich der tarifliche Höchsterstattungsbetrag jeweils um 1/12* für jeden nicht versicherten Kalendermonat des Versicherungsjahres (vgl. § 7 Abs. 2 AVB).

(*Bsp. zur Tarifstufe 1: Versicherungsbeginn 01.03. Höchsterstattungsbetrag **250 Euro**; Berechnung: **300 Euro** ./. 12 Monate/Jahr = **25 Euro** x 10 Vertragsmonate = **250 Euro**)

1.2
100%-Erstattung/ Anrechnung einer Vorleistung/ Sonstige Höchstbeträge

Erstattungsfähig sind

100% der tariflichen Leistungen unter Anrechnung etwaiger Leistungen aus weiteren Tarifen des Versicherers bzw. Leistungen anderer Kostenträger (vgl. Abschnitt C.1).

Sehen einzelne Tarifleistungen besondere Höchstbeträge vor, wird der jeweilige Anteil dieser Erstattungsleistung auf den vereinbarten Höchsterstattungsbetrag der versicherten Person (vgl. Abschnitt B.1.1) angerechnet. Ist der Höchsterstattungsbetrag eines Kalenderjahres erreicht, entfällt eine Leistung für die versicherte Person aus diesem Tarif.

2.
Ambulante Behandlung

2.1
Operative Sehschärfenkorrekturen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für operative Sehschärfenkorrekturen (z. B. Lasik, Lasek, Femtolaser, Implantation von Intraokularlinsen) durch niedergelassene approbierte Ärzte im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)*.

*(in der jeweils gültigen Fassung)

2.2
Hilfsmittel

In Erweiterung zu § 4 Abs. 10 und Abs. 10.1 AVB werden Hilfsmittel sowie gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen (vgl. Abschnitt C.2) ohne vorherige Zusage erstattet, sofern eine ärztliche Verordnung vorliegt. Zu den Hilfsmitteln (vgl. auch § 4 Abs. 10 und Abs. 10.1 AVB) zählen zum Beispiel:

- Sprechgeräte und elektronische Sprechhilfen,
- orthopädische Einlagen und Schuhe,
- Bandagen und Kompressionsstrümpfe (Gummistrümpfe),
- Körperersatzstücke: z. B. Prothesen und künstliches Auge,
- Orthesen und Bewegungsschienen,
- Krankenfahrstühle, Gehstützen und Rollatoren,
- Blutdruck- und Blutzuckermessgeräte,
- Stomaartikel und Inkontinenzhilfen,
- Blindenstöcke und Blindenhund,
- Kommunikationshilfen, z. B. Gebärdendolmetscher,
- Heimdialysegeräte,
- Inhalationshilfen und -geräte,
- Schlafapnoetherapiegeräte,
- Enterale und Parenterale Ernährung (z. B. Ernährungspumpen),

- Insulinpumpen,
- Tinnitus-Masker/Noiser,
- digitale Produkte, die dem Anwendungsbereich des Medizinproduktegesetz unterliegen.

Vor Bezug von Hilfsmitteln können mögliche Kooperationspartner beim Versicherer erfragt werden.

2.3
Sehhilfen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Sehhilfen (Kontaktlinsen und Brillen sowie Sonnenbrillen und Bildschirmarbeitsbrillen jeweils mit nachgewiesenen Dioptrienwerten), bis zu einem Erstattungsbetrag von maximal **180 Euro** pro Person und Kalenderjahr.

2.4
Hörgeräte

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Neuanschaffung oder den Ersatz eines Hörgerätes sowie gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen für Hilfsmittel. Otoplastiken sowie Reparaturkosten werden ebenfalls erstattet.

Sonstige Betriebskosten (z. B. Batterien, Wartung) fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

2.5
Heilmittel

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Heilmittel im Rahmen der beihilfefähigen Höchstbeträge der Bundesbeihilfe sowie gesetzlich vorgeschriebene Zuzahlungen für Heilmittel.

Die tariflichen Leistungen werden auch dann erbracht, wenn nach Einführung des Tarifs beim Versicherer am 01.09.2020 Heilmittel der Bundesbeihilfe im Leistungsverzeichnis (vgl. § 23 Abs. 1 Bundesbeihilfeverordnung BhV, Höchstbeträge für beihilfefähige Aufwendungen für Heilmittel) nicht mehr als beihilfefähig aufgeführt werden oder die Bundesbeihilfe dort genannte Höchstbeträge für Heilmittel im Leistungsverzeichnis mindert.

2.6
Arznei- und Verbandmittel/ Nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen (vgl. Abschnitt C.3) für

- Arznei- und Verbandmittel,
- Zuzahlungen,
- ärztlich empfohlene, nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel (sog. grüne Rezepte/Privatrezepte),

sofern sie ärztlich verordnet sind und aus der Apotheke bezogen werden (vgl. § 4 Abs. 7 AVB Teil I).
Die ärztliche Empfehlung nichtverschreibungspflichtiger Arzneimittel ist dem Versicherer durch ein formfreies schriftliches Attest eines approbierten Arztes nachzuweisen.

3.
Zahnärztliche Behandlung

3.1
Professionelle Zahnreinigung/ Zahnprophylaxe

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnprophylaxemaßnahmen (vgl. Abschnitt C.4).

Als Maßnahmen der Zahnprophylaxe werden erstattet:

- Professionelle Zahnreinigung,
- Versiegelung (Fissurenversiegelung),
- Fluoridierung,
- Speicheltest zur Keimbestimmung,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- Kariesrisikodiagnostik.

Entstandene Aufwendungen werden gemäß der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)* bis maximal **80 Euro** pro Person und Kalenderjahr erstattet.

*(in der jeweils gültigen Fassung)

3.2
Zahnbehandlung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- allgemeine Leistungen,
- konservierende Leistungen (mit Ausnahme von Inlays und Kronen),
- chirurgische Leistungen,
- Kunststoff- und Kompositfüllungen,
- Röntgenleistungen,
- Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- Wurzelbehandlung,

- Digitale Volumentomografie,
- OP-Mikroskop (GOZ-Ziffer 0110),
- Laserbehandlung (Zuschlag nach GOZ-Ziffer 0120),
- Bakterien-/DNA-Test (im Rahmen Ziffer 0070 GOZ),
- Schleimhaut-Transplantation im Rahmen einer Parodontitisbehandlung nach GOZ-Ziffer 4133 (Mundschleimhautbehandlung),
- Material- und Laborkosten.

Privatzahnärztliche Leistungen werden nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOZ, GOÄ)* erstattet.

*(in der jeweils gültigen Fassung)

3.3 Zahnersatz

Als Aufwendungen für Zahnersatz werden anerkannt:

- Einlagefüllungen (Inlays),
- Cerec-Behandlungen,
- Keramikverblendschalen (Veneers),
- Kunststoff- und Keramikverblendungen,
- Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays,
- Prothetische Leistungen (Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen sowie deren Reparatur),
- Aufbissbehelfe und Schienen,
- DROS-Schiene,
- Implantate,
- implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen,
- augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung, Sinuslift),
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,
- Material- und Laborkosten,
- OP-Mikroskop (Zuschlag im Rahmen von Implantatbehandlung nach GOZ-Ziffer 0110),
- Anästhesie,
- Kosten für den Heil- und Kostenplan,
- die mit den genannten Leistungen im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

Privatzahnärztliche Leistungen werden nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte (GOZ, GOÄ)* erstattet.

*(in der jeweils gültigen Fassung)

4. Stationäre Behandlung

4.1 Krankenhaustagegeld bei stationärer Behandlung

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung und Entbindung erhält die versicherte Person ein Krankenhaustagegeld in Höhe von **10 Euro** je Kalendertag.

Der Anspruch besteht für maximal **28** Tage eines stationären Aufenthalts pro Kalenderjahr.

Die Auszahlung erfolgt gegen Vorlage einer Bescheinigung des Krankenhausarztes bzw. sonst geeigneter Kostenbelege, die die Dauer der stationären Heilbehandlung ausweisen.

5. Beratungs- und Assistanceleistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt Beratungs- und Assistanceleistungen durch von ihm beauftragte qualifizierte Dienstleister. Hinweise auf die Kooperationspartner überlässt der Versicherer auf Anfrage.

C. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterungen

1. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen (vgl. § 5 Abs. 8 AVB Teil I).

2. Aus dem Höchsterstattungsbetrag werden Aufwendungen für Hilfsmittel nicht erstattet, deren Kosten die soziale Pflegeversicherung oder die private Pflegepflichtversicherung dem Grunde nach erstattet. Ausgenommen sind auch Reparaturen von Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen, Hilfsmittel, die dem Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich zuzuordnen sind sowie Gebrauchsgegenstände und Hygieneartikel des täglichen Lebens (z. B. Fieberthermometer, Anti-Allergie-Bettwäsche).

3. Ergänzend zu § 5 Abs. 3 AVB Teil I ist die Erstattung der Aufwendungen für Mittel der individuellen Lebensführung ausgeschlossen. Dies sind z. B. Mittel zur Potenzsteigerung oder Gewichtsreduzierung, Vitaminpräparate.

4. Für die Durchführung der zahnmedizinischen Prophylaxe können niedergelassene approbierte Zahnärzte sowie zahnmedizinische Fachassistenten/innen (Dentalhygieniker/in) in Anspruch genommen werden.

5. Abweichend von § 3 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung von Wartezeiten.

D. Ende der Versicherung/Obliegenheit

Erläuterungen

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer über das Ausscheiden einer versicherten Person aus dem versicherbaren Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages (vgl. Abschnitt A.2) unverzüglich zu unterrichten.

E. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

2. Von einer Beitragsanpassung (vgl. § 18 AVB Teil I) wird abgesehen, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.