

Kundeninformation

**Wichtige Unterlagen zu Ihrer
Gothaer Krankenversicherung**

Aktualisierung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB)

- Nachfolgend informieren wir Sie über die **Aktualisierungen verschiedener Allgemeiner Versicherungsbedingungen zum 1. April 2022.**

Grundlagen für die Aktualisierungen sind das

- Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz - DVG),
- Gesetz für faire Verbraucherverträge.

Unter anderem wurden **digitale Gesundheitsanwendungen** in die Versicherungsbedingungen aufgenommen.

Was sind digitale Gesundheitsanwendungen?

Hierbei handelt es sich um digitale Medizinprodukte, die beispielsweise bei der Erkennung oder Behandlung von Krankheiten unterstützen können. Hierzu zählen neben Gesundheits-Apps für Smartphones oder Tablets auch Webanwendungen oder Software für den PC oder Laptop.

Haben alle Versicherten einen Leistungsanspruch?

Sofern Sie bei uns eine Krankheitskostenvollversicherung (nach MB/KK 2009) versichert haben, erstatten wir unter bestimmten Voraussetzungen digitale Gesundheitsanwendungen als ambulante Leistung im tariflichen Rahmen. Falls Sie bei uns ausschließlich eine Ergänzungsversicherung abgeschlossen haben, informieren Sie sich bitte bei Ihrer Gesetzlichen Krankenversicherung oder bei Ihrer Privaten Krankenversicherung, bei der Sie eine private Krankheitskostenvollversicherung unterhalten, über die Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen.

- Des Weiteren ergeben sich **Aktualisierungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif zum 1. Juli 2022.**

Grundlagen für die Aktualisierungen sind das

- Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz - GVWG),
- Gesetz für faire Verbraucherverträge.

Bitte beachten Sie:

- Dieses Dokument beinhaltet die Aktualisierungen sämtlicher Versicherungsbedingungen, in denen sich Änderungen ergeben.
- Die Zuordnung der Tarife zu den Versicherungsbedingungen haben wir jeweils aufgelistet. Inbegriffen - jedoch nicht separat aufgeführt - sind dabei die zugehörigen Tarifstufen, Vorsorge-Tarifstufen und Varianten, sofern für den jeweiligen Tarif vorhanden.
- Es sind nur die Textabschnitte aufgeführt, bei denen sich Änderungen ergeben. Texte, die entfallen, sind durchgestrichen. Neue Texte sind unterstrichen.

Bitte lesen Sie auf den folgenden Seiten weiter.

Inhaltsverzeichnis

Aktualisierung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zum 1. April 2022

- Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
(Musterbedingungen MB/KK 2009 und Tarifbedingungen) Seite 3

- Zusätzlich:

 - Krankheitskosten-Tarif MediStart Seite 4
 - Krankheitskosten-Tarif A1/A2 Seite 4
 - Krankheitskosten-Tarif ES Seite 5
 - Krankheitskosten-Tarif GGS Seite 5
 - Krankheitskosten-Tarif KG Seite 6
 - Krankheitskosten-Tarif KVASZ Seite 7

- Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
(Musterbedingungen MB/KK 2009 und Tarifbedingungen für Tarif BSS) -
Krankheitskosten-Tarif BSS Seite 7

Aktualisierung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zum 1. Juli 2022

- Notlagentarif (AVB/NLT 2013) Seite 9

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Folgende Tarife (Krankheitskostenvoll- sowie Ergänzungsversicherungstarife) unterliegen den MB/KK 2009:

A1, A2, A3, AE, AS, BA, BE, BS, BS %, BSR, BWA, BWS, BWSR, BWZ, BZ, CH1, D, E, EB, ES¹, ES², ESA, GB, GBR, GGS, GS, impuls clinic, impuls clinic 1, impuls clinic 2, impuls hp, impuls hpp, K, KENS1*, KENS2*, KENÜ*, KG, KG Plus, KIM*, KSEK*, KV65*, KVASZ*, KVNS1*, KVNS2*, MA1, MA2, MA %, MAX, MAX Plus, MediAktiv, MediAmbulant, MediClinic, MediClinic 1, MediClinic 2, MediClinic Plus, MediClinic Premium, MediComfort, MediDent, MediFit, MediMPlus, MediNatura, MediNatura P, MediSafe³, MediStart 1, MediStart 2, MediTop 1, MediTop 2, MediVita, MediVita Z, MS, MS %, MS3, MZ, MZ %, S1, S2, S3, SE, SEK, UBF, WD, X1, X2, X3, Z, Z1, Z2, Z3, ZB, ZEG, ZES 35, ZH, ZS, ZV1, ZVH.

¹ Krankheitskostenvollversicherungstarif

² Ergänzungsversicherungstarif

³ Nicht Tarif MediSafe, der den AVB MediSafe 2018 unterliegt.

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)*

Teil II Tarifbedingungen*

* Die Regelungen gelten gleichfalls für die MB/KK 2009 Version C.

Der Versicherungsschutz

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

3. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (...)

(...)

3.5 Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht (...)

3.6 Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für die Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklassen, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch die Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen).

Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, erbringt der Versicherer im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen als ambulante Leistung. Im Rahmen von Beihilfetarifen ist der entsprechende prozentuale Erstattungssatz anzuwenden. Digitale Gesundheitsanwendungen sind sowohl bei der Feststellung der Leistungsfreiheit im Rahmen einer Beitragsrückerstattung als auch bei der Anrechnung der kalenderjährlichen Selbstbeteiligung zu berücksichtigen.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die von einem in § 4 Absatz 2 und Abs. 2.2 genannten Leistungserbringer verordnet wurden und im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgeführt sind.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden je Verordnung für maximal 12 Monate erstattet, danach ist eine neue Verordnung erforderlich. Ist eine digitale Gesundheitsanwendung im Verzeichnis nach § 139e SGB V enthalten, wird maximal der dort genannte Betrag für die dort genannte Anwendungsdauer erstattet.

Der Anspruch umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software. Nicht umfasst sind Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

4. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung (...)

§ 6
Auszahlung der
Versicherungsleistungen

6. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Krankheitskosten-Tarif MediStart für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Gilt für Tarif MediStart 1 (V), MediStart 2 (V).

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

3. **Heil- und Hilfsmittel/digitale Gesundheitsanwendungen**
- 75 % der Aufwendungen für
- Heilmittel, soweit sie im Heilmittelverzeichnis des Tarifs MediStart (...) aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind,
 - Hilfsmittel in einfacher Ausführung unter Beachtung von Abschnitt (...) (außer orthopädische Schuhe, Hörgeräte und Krankenfahrstühle). Wird bei Hilfsmitteln die leihweise Überlassung vereinbart, werden die Aufwendungen zu **100 %** erstattet,
 - digitale Gesundheitsanwendungen.
- 75 % der Aufwendungen für
- (...)

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Krankheitskosten-Tarif A für ambulante Heilbehandlung

Gilt für Tarif A1, A2.

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

	in Tarifstufe	
Ambulante Behandlung	A1 0 - A1 4 100 %	A2 1 80 %
der Aufwendungen für		
(...)		
- Heil- und Hilfsmittel,		
- <u>digitale Gesundheitsanwendungen.</u>		
- Brillengestelle bis zu (...)		
(...)		

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Krankheitskosten-Tarif ES für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Gilt für Tarif ES (Krankheitskostenvollversicherungstarif).

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- 1. Ambulante Behandlung** **80 %**
der Aufwendungen für
- (...)
- Heil- und Hilfsmittel (außer Sehhilfen),
 - Sehhilfen (Brillengläser und Kontaktlinsen, keine Brillengestelle) bis zur Höhe des Rechnungsbetrages von 165 Euro pro Kalenderjahr, falls eine Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien vorliegt,
 - digitale Gesundheitsanwendungen,
 - Notfall-Rettungsdienst,
- (...)

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Krankheitskosten-Tarif GGS für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Gilt für Tarif GGS.

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

(...)

Leistungen des Versicherers

- 1. Ambulante Behandlung** **80 %** der Aufwendungen für
- (...)
- Arzneien und Verbandmittel,
 - Heil- und Hilfsmittel,
 - digitale Gesundheitsanwendungen,
 - Brillen und Kontaktlinsen bis zu einem Rechnungsbetrag von 55 Euro pro Kalenderjahr,

- orthopädische Schuhe bis zu einem Rechnungsbetrag von 165 Euro pro Kalenderjahr,
- ärztlich verordnete und begründete Krankentransporte zum und vom nächstgelegenen Arzt oder Krankenhaus zur ambulanten Behandlung,

wobei der 20 %ige Eigenanteil auf eine Selbstbeteiligung von 408 Euro pro versicherte Person und Kalenderjahr begrenzt ist. Auf die Selbstbeteiligung angerechnet werden nur die erstattungsfähigen Aufwendungen.

100 % der vorgenannten Aufwendungen, soweit die Selbstbeteiligung von 408 Euro erreicht ist.

(...)

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Krankheitskosten-Tarif KG für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Gilt für Tarif KG (V).

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

(...)

Leistungen des Versicherers

2. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel, digitale Gesundheitsanwendungen

80 % der Aufwendungen für ärztlich verordnete

- Arznei- und Verbandmittel,
- Heilmittel, soweit sie im Heilmittelverzeichnis des Tarifs KG aufgeführt und im Rahmen der dort genannten Höchstbeträge berechnet sind,
- Hilfsmittel in einfacher Ausführung unter Berücksichtigung von Abschnitt B.6 (außer für Sehhilfen und orthopädische Schuhe),
- digitale Gesundheitsanwendungen.

wobei der 20 %ige Eigenanteil auf eine Selbstbeteiligung von 384 Euro pro versicherte Person und Kalenderjahr begrenzt ist. Auf die Selbstbeteiligung angerechnet werden nur die erstattungsfähigen Aufwendungen.

100 % der vorgenannten Aufwendungen, soweit die Selbstbeteiligung von 384 Euro erreicht ist.

(...)

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Krankheitskosten-Tarif KVASZ für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Gilt für Tarif KVASZ0, KVASZ3, KVASZ6.

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen TB/KK 2009)

B. Tarifleistungen

Die ambulanten Leistungen des Versicherers

(...)

5. Heil- und Hilfsmittel sowie digitale Gesundheitsanwendungen

75 % der Aufwendungen (außer für Sehhilfen, Hörgeräte, orthopädische Schuhe und Krankenfahrstühle)

(...)

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Gilt für Tarif BSS.

Teil I

Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

Teil II

Tarifbedingungen für Tarif BSS

Der Versicherungsschutz

§ 4
Umfang der Leistungspflicht

3. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel (...)

Nr. 4 Definitionen

(...)

Nr. 4a Digitale Gesundheitsanwendungen

Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für die Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklassen, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch die Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen).

Digitale Gesundheitsanwendungen sind sowohl bei der Feststellung der Leistungsfreiheit im Rahmen einer Beitragsrückerstattung als auch bei der Anrechnung der kalenderjährlichen Selbstbeteiligung zu berücksichtigen.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die von einem in § 4 Absatz 2 genannten Leistungserbringer verordnet wurden und im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgeführt sind.

Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden je Verordnung für maximal 12 Monate erstattet, danach ist eine neue Verordnung erforderlich. Ist eine digitale Gesundheitsanwendung im Verzeichnis nach § 139e SGB V enthalten, wird maximal der dort genannte Betrag für die dort genannte Anwendungsdauer erstattet.

Der Anspruch umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software. Nicht umfasst sind Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

4. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung (...)
6. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

**§ 6
Auszahlung der
Versicherungsleistungen**

Krankheitskosten-Tarif BSS für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

**1.
Ambulante Heilbehandlung
(...)**

(...)

**c) Arznei- und Verbandmittel,
Heilmittel, Hilfsmittel, digitale
Gesundheitsanwendungen**

Erstattet werden 85 % der Kosten bis zu einer Selbstbeteiligung von 276 Euro je Versicherungsjahr, darüber hinaus 100 % der Kosten für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie digitale Gesundheitsanwendungen. Für Brillengestelle wird ein Betrag von 11 Euro erstattet. Ein erneuter Anspruch auf Erstattung von Kosten für Sehhilfen besteht für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur bei einer Änderung der Sehfähigkeit um mindestens 0,5 Dioptrien. Soweit ein Hilfsmittel mehr als 360 Euro kostet, wird für Versicherte, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, nur einmal für einen Zeitraum von 3 Kalenderjahren geleistet. Diese Einschränkung gilt nicht bei nachgewiesenem Bedarf infolge Gebrauchs- bzw. Funktionsunfähigkeit.

Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2013 für den Notlagentarif (AVB/NLT 2013)

Gilt für Tarif NLTN, NLTB.

Neben den nachfolgenden Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen möchten wir Sie darüber informieren, dass am 20. Juli 2021 eine neue gesetzliche Regelung im Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz - VVG) in Kraft getreten ist. Danach ist es den Versicherungsunternehmen von diesem Zeitpunkt an - anders als in der Vergangenheit - gesetzlich untersagt, im Notlagentarif mit einer ihnen aus der Krankheitskostenversicherung oder der privaten Pflegepflichtversicherung zustehenden Prämienforderung gegen eine Forderung des Versicherungsnehmers aus diesen Versicherungen aufzurechnen (§ 192 Abs. 7 S. 4 VVG).

B. Allgemeine Versicherungsbedingungen 2013 für den Notlagentarif (AVB/NLT 2013) §§ 1 - 18

Der Versicherungsschutz

- § 6
Auszahlung der
Versicherungsleistungen**
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG.
- (3) Der Versicherer wird durch Leistung an den Versicherungsnehmer von seiner Leistungspflicht frei. Der Versicherer leistet in vertraglichem Umfang stattdessen unmittelbar an den Leistungserbringer, wenn dieser ihm einen den Anforderungen von Absatz 1 genügenden Nachweis übersendet. Der vertragliche Anspruch des Versicherungsnehmers ist insoweit erfüllt, worüber er zu informieren ist.
- (~~3~~ 4) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt eine Benennung nach Satz 1 vor und reicht die versicherte Person einen den Anforderungen von Absatz 1 genügenden Nachweis zur Erstattung ein, ohne zu belegen, dass die Forderung des Leistungserbringers erfüllt ist, ist der Versicherer berechtigt, unmittelbar an den Leistungserbringer zu leisten. Der vertragliche Anspruch des Versicherungsnehmers ist insoweit erfüllt, worüber die versicherte Person oder der Versicherungsnehmer zu informieren ist. Liegt keine Benennung nach Satz 1 vor, kann vorbehaltlich von Absatz 3 nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4 ~~5~~) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- (~~5~~ 6) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6 ~~7~~) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

Pflichten des Versicherungsnehmers

- § 9
Obliegenheiten und Pflichten**
- (1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. ~~3~~ 4) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.