

Vorsorge-Tarif MediGroupAG V Premium Ergänzungsversicherung für Vorsorgebehandlungen im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages

(Stand: 01.04.2016)

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

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 V Premium 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 V Premium das 16. Lebensjahr vollendet haben und
– deren Arbeitgeber (Versicherungsnehmer) sich zur Beitragszahlung im Rahmen des bestehenden Gruppenversicherungsvertrages zu Gunsten der versicherten Personen verpflichtet hat.
Familienangehörige der versicherten Personen sind nach Tarif MediGroup V Premium versicherungsfähig, sofern hierfür ein gesonderter Gruppenversicherungsvertrag besteht.

B. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- 1. Ambulante Vorsorge beim Arzt/Schutzimpfungen** Erstattungsfähig sind
100 % der gesondert berechneten ärztlichen Leistungen für
– ambulante Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Abschnitt C.1 und C.2) und
– Schutzimpfungen (vgl. Abschnitt C.2 und C.3)
bis zu einem Erstattungsbetrag von maximal **500 Euro** pro Kalenderjahr.
- 2. Arzneimittel** Erstattungsfähig sind
100 % der Aufwendungen für ärztlich empfohlene, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (vgl. Abschnitt C.4).
Die Erstattung ist begrenzt auf maximal **50 Euro** pro Kalenderjahr.
Die Leistungen werden auf den maximalen Erstattungsbetrag von **500 Euro** (vgl. Ziffer 1) angerechnet.
- 3. Präventionskurse/ Fitnessstudio** Erstattungsfähig sind
100 % der Aufwendungen für die regelmäßige Teilnahme an Präventionskursen zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes entsprechend § 20 Abs. 1 SGB V (s. Anhang), wenn sie von der gesetzlichen Krankenversicherung zertifiziert sind.
Die Leistung wird nach Vorlage einer Teilnahmebescheinigung über mindestens 80 % der Kurseinheiten sowie eines Kostennachweises des Kursanbieters erbracht.
100 % der Aufwendungen für die Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio.
Die Leistung wird jeweils nach Vorlage einer Bescheinigung über den Mitgliedsbeitrag und die bestehende Mitgliedschaft erbracht.
Die Erstattung ist begrenzt auf insgesamt **100 Euro** pro Kalenderjahr. Davon wird für die Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio der tatsächlich gezahlte Mitgliedsbeitrag erstattet, maximal **50 Euro** pro Kalenderjahr.
Die Leistungen werden auf den maximalen Erstattungsbetrag von **500 Euro** (vgl. Ziffer 1) angerechnet.

C. Begriffsbestimmungen/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterungen

1. Abweichend von § 1 Abs. 3 b) AVB gilt als Versicherungsfall jede ambulante Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten sowie die sportmedizinischen Untersuchungen zur Vermeidung gesundheitlicher Risiken. Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen werden nicht erstattet.
2. Für die Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen sowie der Schutzimpfungen können nur approbierte Ärzte in Anspruch genommen werden (vgl. auch § 4 Abs. 2 AVB).
3. Erstattungsfähig sind ärztlich angeratene Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoffe), die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (STIKO) empfohlen werden. Aufwendungen für Schutzimpfungen sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie für Auslandsaufenthalte (Reiseschutzimpfungen) empfohlen sind.
4. Die ärztliche Empfehlung ist dem Versicherer durch ein formfreies schriftliches Attest (z. B. grünes Rezept) eines approbierten Arztes nachzuweisen.
5. Gesetzliche Zuzahlungen sind nicht erstattungsfähig.
6. Abweichend von § 3 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der Wartezeiten.

D. Ende der Versicherung/Fortführung/Obliegenheit

Erläuterungen

1. Der Versicherungsschutz nach Tarif MediGroupAG V Premium endet (vgl. auch § 15 AVB) zum Schluss des Monats, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet.
2. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages oder Ausscheiden aus dem versicherungsfähigen Personenkreis (vgl. Abschnitt A.2) kann die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten die Fortsetzung nach vergleichbaren Tarifen zu den gültigen Bedingungen der Einzelversicherung verlangen.
3. Der Arbeitgeber (Versicherungsnehmer) ist verpflichtet, den Versicherer über das Ausscheiden einer versicherten Person aus dem versicherbaren Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages (vgl. Abschnitt A.2) unverzüglich zu unterrichten.
4. Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages besteht für laufende Versicherungsfälle ab diesem Zeitpunkt eine Nachleistungspflicht von vier Wochen, sofern der Versicherungsschutz nicht in der Einzelversicherung fortgesetzt wird.

E. Anpassung der tariflichen Leistungszusage

Bei Änderung des § 20 Abs. 1 SGB V (s. Anhang) oder einer nicht nur vorübergehend anzusehenden Veränderung des Zertifizierungsverfahrens der Zentralen Prüfstelle Prävention kann der Versicherer die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifleistungen den veränderten Verhältnissen anpassen, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der versicherten Personen erforderlich erscheinen (vgl. auch § 18 AVB).

F. Beiträge

Beitragsberechnung

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

Anhang:

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB)

Fünftes Buch (V)

Gesetzliche Krankenversicherung

§ 20

Prävention und Selbsthilfe

(1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.

...