

HanseMerkur Krankenversicherung AG

PRODUKTÜBERBLICK FÜR VERTREIBER

nach § 23 Abs. 1c VAG i. V. m. Art. 8 Abs. 2 DVO (EU) 2017/2358

Sparte: Krankenversicherung

Produkt: betriebliche Krankenversicherung (bKV)

Tarif: BKA

Stand: 29.05.2020

Hauptmerkmale und Charakteristika

<p>Tarifbeschreibung</p>	<p>Der Tarif BKA ist ein Ergänzungstarif, welcher nur im Rahmen einer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung abgeschlossen werden kann.</p> <p>Der Tarif BKA sieht zum einen Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und Prävention vor.</p> <p>Zum anderen kann aus den Bereichen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sehhilfen/Lasik • Hörhilfen • professionelle Zahnreinigung • Naturheilkunde • ärztlich verordnete Medikamente <p>jeweils ein Leistungsbereich ausgewählt werden. Die Entscheidung, in welchem Bereich die versicherte Person Leistungen in Anspruch nehmen möchte, kann jeder Mitarbeiter jedes Jahr individuell nach seinen Bedürfnissen treffen.</p>
<p>Allgemeine Versicherungsbedingungen</p>	<p>Für den Tarif BKA gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).</p>
<p>Verbraucherinformation</p>	<p>Der Tarif BKA ist in der Verbraucherinformation „Betriebliche Krankenversicherung“ enthalten.</p>
<p>Arbeitgeberzuschussfähigkeit</p>	<p>Der Tarif BKA ist nicht arbeitgeberzuschussfähig.</p>
<p>Einschränkungen und vertragliche Besonderheiten</p>	<p>Der Tarif BKA kann nicht zusammen mit den Tarifen BKH, BKS, BKV, BKVP und BKZP abgeschlossen werden. Bei Abschluss des Tarifs muss jeder Gruppenversicherungsvertrag mindestens 5 versicherte Personen umfassen.</p>
<p>Wartezeiten</p>	<p>Die Wartezeiten werden gemäß § 5 der „Besonderen Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags der betrieblichen Krankenversicherung“ erlassen.</p>

Beitragsrückerstattung	Eine Beitragsrückerstattung ist nicht vorgesehen.
Altersumstufungen	Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 14. bzw. das 69. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.

Zielmarkt

Sparte	Krankenversicherung
Verkaufsregion	Deutschland
Altersbereiche/-Gruppen	0 bis 69 Jahre
Personenkreis	Vorstandsmitglieder, Mitglieder der Geschäftsleitung und Mitarbeiter des Gruppenversicherungspartners.
Bedürfnisse	Umfassender ergänzender Versicherungsschutz für ambulante Leistungen.

Vertriebsstrategie

Vertriebsweg	Es gibt keine Einschränkungen seitens des Produktes.
---------------------	--

Risiken und Kosten

Risiken	Es sind keine mit dem Produkt verbundenen Risiken bekannt.
Kosten	Abschluss-, Vertriebs- und Verwaltungskosten sind bereits in den Versicherungsbeiträgen berücksichtigt. Über die in den Vertragsunterlagen (Antrag, Bedingungen, Versicherungsschein) beschriebenen Kosten hinaus, z. B. Mahngebühren, entstehen dem Kunden keine weiteren.

Interessenkonflikte

Es sind keine Umstände bekannt, welche einen Interessenkonflikt zum Nachteil des Kunden auslösen können.
--

**Das Produkt / der Tarif hat das Produktfreigabeverfahren der HanseMercur
Krankenversicherung AG erfolgreich durchlaufen und wird regelmäßig überprüft.**

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz nach Tarif BKA der betrieblichen Krankenversicherung (Gruppenversicherung). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS), den Besonderen Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrags der betrieblichen Krankenversicherung und für die Beitragsfreistellung in der betrieblichen Krankenversicherung, dem Tarif BKA sowie dem Versicherungsausweis. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskostenzusatzversicherung, die den Versicherungsschutz der Privaten Krankenversicherung (PKV) oder der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ergänzt. Sie erweitert Ihre Absicherung gegen das Krankheitskostenrisiko.



Was ist versichert?

- ✓ Erweiterte Vorsorgeleistungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene.
- ✓ Sonstige erweiterte Vorsorgeleistungen.
- ✓ Präventionskurse zur primären Prävention und Gesundheitsförderung.
- ✓ Maßnahmen zur Stressbewältigung.
- ✓ Wahlweise pro Versicherungsjahr eine der folgenden aufgeführten Leistungen:
 - Sehhilfen / Refraktive Eingriffe und Laserbehandlungen zur Korrektur der Fehlsichtigkeit (wie LASEK- und LASIK-Operationen, Implantation einer Linse auf die körpereigene Linse oder refraktiver Linsenaustausch zur Korrektur der Fehlsichtigkeit)
 - oder
 - Hörhilfen
 - oder
 - Zahnprophylaxe: Professionelle Zahnreinigung, Erstellung eines Mundhygienestatus, Kontrolle des Übungserfolgs
 - oder
 - Aufwendungen für medizinisch notwendige naturheilkundliche Heilbehandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker
 - oder
 - die verbleibenden Aufwendungen für ärztlich verordnete Arzneimittel.
- ✓ Angeratene und bereits laufende Behandlungen, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind.
- ✓ Weltweiter Versicherungsschutz während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes auch ohne besondere Vereinbarung.
- ✓ Schutzimpfungen vor Auslandsreisen und Auslandsreisekrankenversicherung für maximal 6-wöchige Reisen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind.
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle.
- ✗ Gendiagnostische Untersuchungen.
- ✗ Aufwendungen für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen und Aufwendungen, die durch einen Arzt mit der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ für seine Tätigkeit in Rechnung gestellt wurden.
- ✗ Auslandsreisen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden.
- ✗ Laserbehandlungen von Augenerkrankungen wie z. B. Katarakt oder Netzhautablösung.
- ✗ Psychotherapeutische Leistungen, auch wenn sie im Gebüh aufgeführt sind.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung [AVB/KS] und dem Tarif BKA, insbesondere in § 5 AVB/KS.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Erweiterte und sonstige erweiterte Vorsorgeleistungen werden jeweils einmal innerhalb von zwei Versicherungsjahren bis zu den Regelhöchstätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet.
- ! Sonstige erweiterte Vorsorgeleistungen: Erstattung nach Vorleistung 75 %, ohne Vorleistung 50 %; maximal 200 EUR innerhalb von zwei Versicherungsjahren.
- ! Präventionskurse: maximal 100 EUR pro Versicherungsjahr.
- ! Maßnahmen zur Stressbewältigung: sofern seit Abschluss einer derartigen Maßnahme mindestens 24 Monate vergangen sind.
- ! Bis zu 100 EUR im Versicherungsjahr für Schutzimpfungen vor Auslandsreisen.
- ! Heilbehandlung im Ausland während maximal 6-wöchiger Reisen.
- ! Sehhilfen bzw. Laserbehandlungen: maximal 200 EUR innerhalb von zwei Versicherungsjahren.
- ! Nur nach Vorleistung der GKV / PKV:
 - Hörhilfen bis maximal 400 EUR innerhalb von vier Versicherungsjahren,
 - Naturheilkundliche Heilbehandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker zu 80 % bis maximal 500 EUR pro Versicherungsjahr.
- ! Leistungen für Zahnprophylaxe sind auf 60 EUR je eingereicherter Rechnung und insgesamt auf 120 EUR pro Versicherungsjahr begrenzt.
- ! Angeratene und bereits laufende Behandlungen: nur für Vorstandsmitglieder, Mitglieder der Geschäftsleitung und Mitarbeiter; Beginn der Leistungspflicht erst nach Beginn des Versicherungsschutzes.
- ! Weltweiter Versicherungsschutz: verringerte tarifliche Leistungen ab Beginn des 7. Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa, Russland und der Türkei, darüber hinaus auch in den ersten sechs Monaten eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland. Muss die versicherte Person dort jedoch wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus verbleiben, hat sie solange Versicherungsschutz, bis sie die Rückreise ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. In anderen Fällen verringern sich die Leistungen ab Beginn des siebten Monats im außereuropäischen Ausland um ein Drittel. Die Leistungen sind in jedem Fall auf die Höhe begrenzt, die bei einer Behandlung im Inland angefallen wäre.
- ✓ Die folgenden Regelungen gelten nicht im Rahmen der arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherung:
 - Bei vorübergehendem Aufenthalt im europäischen oder außereuropäischen Ausland können Sie durch Besondere Bedingungen (Beitragszuschlag) die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung, auf das Krankenhausentgeltgesetz oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen vereinbaren.
 - Auch bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in das europäische Ausland können Sie durch Besondere Bedingungen (Beitragszuschlag) die volle tarifliche Leistung ohne Begrenzung auf die Bundespflegesatzverordnung, auf das Krankenhausentgeltgesetz oder auf die deutschen amtlichen Gebührenordnungen vereinbaren.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Auf Verlangen müssen Sie und die versicherten Personen dem Versicherer während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Das Ausscheiden einer versicherten Person aus dem versicherbaren Personenkreis ist dem Versicherer unverzüglich zu melden.
- Erfolgt für sonstige erweiterte Vorsorgeleistungen eine Vorleistung der GKV oder einer PKV, so ist diese nachzuweisen.
- Für Versicherte der GKV ist die Vorleistung bzw. Ablehnung der GKV zu Präventionskursen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung nachzuweisen.
- Erfolgt für eine Hörhilfe keine Vorleistung der GKV oder einer PKV, besteht kein Leistungsanspruch. Eine Vorleistung ist durch einen geeigneten Nachweis anzuzeigen.



Wann und wie zahle ich?

- Im Rahmen der arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherung übernimmt der Arbeitgeber die Beitragszahlung. Die Vereinbarung einer Beitragsfreistellung ab Versicherungsbeginn ist gegen Beitragszuschlag möglich.
- Sofern der Vertrag als Einzelversicherung fortgeführt wird, gelten die folgenden Regelungen für Sie:
- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Bitte zahlen Sie die Beiträge jeweils am Ersten Ihrer gewählten Zahlungsperiode.
 - Verspätete Beitragszahlungen können zu Mahnkosten und zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
 - Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten.
 - Ab dem Ende des Kalenderjahres, in dem das 14. bzw. das 69. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsausweis angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Ausscheiden der versicherten Person aus dem versicherbaren Personenkreis zum Monatsende. Es endet ebenfalls, wenn der Arbeitgeber den versicherten Tarif kündigt oder wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wird. Die versicherte Person erhält jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers im Rahmen der Einzelversicherung fortzuführen. Die Erklärung ist innerhalb von 2 Monaten nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis bzw. nach Kündigung des Tarifs bzw. nach Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags abzugeben; nach Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn die versicherte Person stirbt. Er endet auch, wenn sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb Europas, Russlands und der Türkei verlegt, es sei denn, dass der Versicherungsschutz aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sofern der Vertrag als Einzelversicherung fortgeführt wird, haben Sie folgende Kündigungsmöglichkeiten:
 - Sie können das Versicherungsverhältnis oder einen einzelnen Tarif zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von drei Monaten.
 - Erhöhen sich die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel, können Sie Ihren Vertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.
 - Erhöhen sich die Beiträge aufgrund einer bedingungsgemäßen Altersumstufung, können Sie Ihren Vertrag hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach der Beitragserhöhung zum Zeitpunkt der Änderung außerordentlich kündigen.

Tarif BKA

Ergänzungstarif für Versicherte der betrieblichen Krankenversicherung

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Versicherungsfähigkeit

Nach dem Tarif BKA können Vorstandsmitglieder, Mitglieder der Geschäftsleitung und Mitarbeiter sowie die in Nr. 2 der „Besonderen Bedingungen für die Krankenversicherung im Rahmen eines arbeitgeberfinanzierten Gruppenversicherungsvertrages der betrieblichen Krankenversicherung“ (BB BKV) genannten Personen versichert werden.

Endet der Gruppenversicherungsvertrag oder scheidet die versicherte Person aus dem laut Gruppenversicherungsvertrag versicherbaren Personenkreis aus, so endet das Versicherungsverhältnis für die versicherte Person und ggf. gemäß Nr. 2 BB BKV mitversicherte Personen. Die versicherte Person erhält in diesem Fall das Recht, das Versicherungsverhältnis nach Tarif BKA für sich und ggf. mitversicherte Personen unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers ohne Risikoprüfung und erneute Wartezeiten fortzusetzen, wobei ab dem Zeitpunkt der Fortsetzung die BB BKV entfallen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. nach Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis abzugeben; nach Ablauf dieser Frist ist eine Weiterversicherung nicht mehr möglich. Wird das Versicherungsverhältnis beendet, so besteht für dann laufende Versicherungsfälle die Leistungspflicht des Versicherers noch für die Dauer von vier Wochen fort, sofern kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger besteht.

B. Leistungen des Versicherers

(§§ 4 - 6 AVB/KS)

1. Erweiterte Vorsorgeleistungen

Erstattet werden **100 %**

der Aufwendungen im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen für im Folgenden aufgeführte ärztliche Leistungen, soweit sie nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer privaten Krankenversicherung als Vorleistung beansprucht werden können. Selbsthalte, die von der GKV gemäß § 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bzw. der privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen.

Für Kinder (Alter 0 - 14 Jahre):

Zusätzliche Kindervorsorgeuntersuchung im Alter von 8, 10, 12 und 14 Jahren.

Für Jugendliche (Alter 15 - 19 Jahre):

Eine zusätzliche Jugendvorsorgeuntersuchung (Vergütung analog einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten eines Erwachsenen).

Für Erwachsene (ab Alter 20 Jahre):

Jede der unter Punkt a) bis e) aufgeführten ärztlichen Leistungen ist **einmal innerhalb von zwei Versicherungsjahren** erstattungsfähig.

a) Erweiterte Krebsvorsorge:

- Für Frauen in Verbindung mit der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung: Gynäkologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Gebärmutter, der Eierstöcke, eines weiteren inneren Organs; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Nativpräparat; Urin-Teststreifen.
- Für Männer in Verbindung mit der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung: Urologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Prostata, der Nieren, eines weiteren inneren Organs; PSA-Test; Blutentnahme, Blutbild, Differenzialblutbild; Urin-Teststreifen.

b) Vorsorgeuntersuchung auf Hautkrebs.

c) Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten; Blutentnahme; Blutuntersuchung (Glukose, Cholesterin, HDL- und LDL-Cholesterin)

und

in Verbindung mit der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung: Lungenfunktionsprüfung; Belastungs-EKG; Blutsenkung, Blutbild, Differenzialblutbild; Blutuntersuchung (CRP, Harnsäure, Harnstoff, Kreatinin, Gamma-GT, GPT, GOT); Urin-Teststreifen.

d) Untersuchung zur Glaukom-Früherkennung.

e) Doppler-Sonographie zur Schlaganfallvorsorge.

Leistungen werden bis zu den Regelhöchstätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet. Unter Regelhöchstsatz ist der 2,3-fache Satz der GOÄ zu verstehen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz.

Ändert die GKV den Leistungsumfang für Vorsorgeuntersuchungen, so kann der Versicherer die Leistungen zugunsten der Versicherungsnehmer oder der versicherten Personen anpassen, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Im Übrigen gilt die Regelung des § 203 (3) Versicherungsvertragsgesetz.

2. Sonstige erweiterte Vorsorgeleistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen im Rahmen der GOÄ für sonstige, nicht unter Punkt B. 1. aufgeführte ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die durch Ärzte erbracht werden (z. B. sportmedizinische Untersuchungen, Hörtests), soweit sie nicht von der GKV oder einer privaten Krankenversicherung als Vorleistung beansprucht werden können. Jede dieser Aufwendungen ist **einmal innerhalb von zwei Versicherungsjahren** erstattungsfähig.

Erfolgt eine Vorleistung der GKV oder einer privaten Krankenversicherung, so ist diese nachzuweisen. Erstattet werden nach einer Vorleistung

75 %

der nach Abzug der Vorleistung verbleibenden Aufwendungen. Selbstbehalte, die von der GKV (gemäß § 53 SGB V) bzw. einer privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen.

Erfolgt keine Vorleistung der GKV oder einer privaten Krankenversicherung, so reduziert sich der Erstattungssatz auf

50 %

der Aufwendungen.

Die Erstattungen sind insgesamt auf **200 EUR** innerhalb von jeweils zwei Versicherungsjahren begrenzt.

Leistungen werden bis zu den Regelhöchstätzen der jeweils geltenden GOÄ erstattet. Unter Regelhöchstsatz ist der 2,3-fache Satz der GOÄ zu verstehen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz.

Nicht versichert sind gendiagnostische Untersuchungen. Das gleiche gilt für Aufwendungen für arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen, die durch einen Arzt mit der Gebietsbezeichnung „Arbeitsmedizin“ oder der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ in Rechnung gestellt wurden.

3. Präventionskurse zur primären Prävention und Gesundheitsförderung nach § 20 SGB V

Erstattet werden

100 %

der Aufwendungen für Präventionskurse, die in ihrer inhaltlichen und qualitativen Ausgestaltung den Anforderungen von § 20 (1) SGB V entsprechen und von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind. Dies ist vom Anbieter auf einer Teilnahmebescheinigung zu bestätigen. Für Versicherte der GKV ist die Vorleistung bzw. Ablehnung der GKV nachzuweisen; die erstattungsfähigen Aufwendungen werden um ggf. vorhandene Vorleistungen reduziert.

Die Erstattung ist auf maximal **100 EUR** pro Versicherungsjahr (siehe dazu § 4 (1) AVB/KS) begrenzt.

4. Maßnahmen zur Stressbewältigung

Für versicherte Personen ab dem vollendeten 15. Lebensjahr werden die folgenden Leistungen zur Verfügung gestellt:

4.1. Erstattet werden

100 %

der Aufwendungen für die Teilnahme an einem Seminar im Rahmen eines vom Versicherer vorgegebenen individuellen Programms (z. B. per Telefon oder Online) bei einem vorgegebenen Gesundheitsdienstleister zur Aufklärung über Stress-Symptome und -Ursachen und zum Erlernen von Stressmanagement-Strategien. Dazu zählen Verfahren, um Stress vorzubeugen, bestehenden Stress abzubauen und Stressresistenz zu trainieren. Kosten für ein erneutes Seminar werden nur dann erstattet, wenn seit dem Abschluss einer derartigen Maßnahme mindestens 24 Monate vergangen sind. (Auskünfte über geeignete Einrichtungen können jederzeit bei der Leistungsabteilung des Versicherers eingeholt werden.)

4.2. Der Versicherer stellt eine kostenfreie Telefonhotline zur Beantwortung stressrelevanter medizinischer Fragen zur Verfügung.

4.3. Der Versicherer stellt einen kostenfreien telefonischen Facharzttermintservice zur kurzfristigen Vermittlung eines Behandlungstermins bei einem Facharzt oder Psychologischen Psychotherapeuten im Falle stressrelevanter Beschwerden zur Verfügung.

5. Auslandsreisen

Bei Reisen ins europäische oder außereuropäische Ausland besteht der Versicherungsschutz für die unter den Punkten 5.2 bis 5.9 aufgeführten Leistungen für maximal 6 Wochen. § 1 (4) AVB/KS findet insoweit keine Anwendung.

Erfordert eine unter den Versicherungsschutz fallende Erkrankung während des Auslandsaufenthalts eine Heilbehandlung, die über den tariflich zugesagten Versicherungsschutz von 6 Wochen hinausgeht, so besteht die Leistungspflicht für die Heilbehandlungskosten weiter, sofern die Rückreise wegen einer nachgewiesenen Transportunfähigkeit nicht möglich ist. Die Kosten werden allerdings nur bis zum Tage der Transportfähigkeit, längstens jedoch bis zur Dauer von vier Wochen über das planmäßige Ende des Versicherungsschutzes hinaus übernommen.

Erstattungsfähig sind

100 %

bei

- 5.1. Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff vor Auslandsreisen. Versichert sind Impfungen gegen Cholera, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Hepatitis. Die Kostenerstattung ist beschränkt auf **100 EUR** pro Versicherungsjahr (siehe dazu § 4 (1) AVB/KS);
- 5.2. ärztlichen Behandlungen einschließlich Schwangerschaftsuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlung und Behandlung wegen Fehlgeburt; nicht aber bei psychoanalytischer und psychotherapeutischer Behandlung, Schwangerschaftsunterbrechungen und Entbindungen (mit Ausnahme von Frühgeburten);
- 5.3. ärztlich verordneten Medikamenten und Verbandmitteln.
Als Medikamente gelten nicht - auch wenn sie ärztlich verordnet sind - Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Präparate;
- 5.4. ärztlich verordneten Strahlen-, Licht- und sonstigen physikalischen Behandlungen; ärztlich verordneten Massagen, medizinischen Packungen und Inhalationen; ärztlich verordneten Hilfsmitteln, die infolge eines Unfalles notwendig werden; Röntgendiagnostik;
- 5.5. stationären Behandlungen und Operationen, sofern diese in einer Anstalt erfolgen, die im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, die unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt; Transport zum für die Behandlung geeigneten nächsterreichbaren Krankenhaus bzw. Arzt und zurück.
- 5.6. schmerzstillender Zahnbehandlung einschließlich Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Maßnahmen zur Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen).
Nicht versichert sind Zahnersatz, Stiftzähne, Metallgussfüllungen, Überkronungen und die kieferorthopädische Behandlung;
- 5.7. Kosten für einen medizinisch notwendigen Rücktransport, die über die Kosten der planmäßigen Rückreise hinaus entstehen;
- 5.8. Überführungskosten nach Deutschland beim Tod einer versicherten Person während der Reise;
- 5.9. Bestattungskosten im Ausland bis zu einer Höhe von maximal **5.000 EUR**.

Nicht versichert sind Reisen, die zum Zwecke der Behandlung im Ausland vorgenommen werden.

Für eine versicherte Person, die als EU-Ausländer weder die deutsche Staatsangehörigkeit noch diejenige eines anderen EU-Staates hat, besteht im Land ihrer Staatsangehörigkeit kein Versicherungsschutz im Sinne von Punkt B. 5. Das gleiche gilt für das Land, in dem sie einen (weiteren) ständigen Wohnsitz hat.

Für eine versicherte Person, die die Staatsbürgerschaft eines EU-Staates besitzt, besteht in diesem Staat nur dann Versicherungsschutz, falls diese versicherte Person einen ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat.

6. Von den nachfolgend unter Punkt B. 6.1. bis B. 6.5. aufgeführten Leistungsbereichen kann die versicherte Person pro Versicherungsjahr jeweils einen Leistungsbereich für eine Erstattung auswählen.

6.1. Sehhilfen / Refraktive Eingriffe und Laserbehandlungen zur Korrektur der Fehlsichtigkeit

Erstattet werden **100 %**

der Kosten für Sehhilfen, soweit sie nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer privaten Krankenversicherung als Vorleistung beansprucht werden können. Selbstbehalte, die von der GKV (gemäß § 53 SGB V) bzw. der privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen.

Der Versicherer erstattet auch refraktive Eingriffe und Laserbehandlungen zur Korrektur der Fehlsichtigkeit. Hierzu zählen z. B. LA-SEK- und LASIK-Operationen, Implantation einer Linse auf die körpereigene Linse oder refraktiver Linsenaustausch zur Korrektur der Fehlsichtigkeit.

Nicht versichert sind Laserbehandlungen anderer Augenerkrankungen wie z. B. Katarakt oder Netzhautablösung.

Die Erstattung ist auf **200 EUR** innerhalb von zwei Versicherungsjahren begrenzt.

6.2. Hörhilfen

Erstattet werden **100 %**

der nach Vorleistung der GKV oder einer privaten Krankenversicherung verbleibenden Aufwendungen für Hörhilfen sowie für deren Reparatur und Wartung. Erfolgt keine Vorleistung der GKV oder einer privaten Krankenversicherung, besteht kein Leistungsanspruch. Die Vorleistung ist durch einen geeigneten Nachweis anzuzeigen.

Die Erstattung ist auf **400 EUR** innerhalb von vier Versicherungsjahren begrenzt.

6.3. Professionelle Zahnreinigung zu **100 %**.

Erstattungsfähig sind die folgenden zahnmedizinischen Prophylaxemaßnahmen im Rahmen einer professionellen Zahnreinigung:

- Professionelle Zahnreinigung (GOZ 1040),
- Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen (GOZ 1000),
- Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisung (GOZ 1010).

Die Erstattung ist auf maximal **60 EUR pro eingereichter Rechnung und 120 EUR pro Versicherungsjahr** begrenzt.

6.4. Naturheilkundliche Heilbehandlungen durch Heilpraktiker und Ärzte

Erstattet werden **80 %**

der nach Vorleistung der GKV oder einer privaten Krankenversicherung verbleibenden Aufwendungen. Selbstbehalte, die von der GKV oder einer privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen.

Die Erstattung ist auf **500 EUR** pro Versicherungsjahr begrenzt (siehe dazu § 4 (1) AVB/KS).

Erstattungsfähige Aufwendungen sind die im Rahmen einer ambulanten Heilbehandlung durch Heilpraktiker oder Ärzte angewandten naturheilkundlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die im jeweils geltenden Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen oder im gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Das Gleiche gilt für die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arznei-, Verband- und Heilmittel.

Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis werden bis zu den Regelhöchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattet. Unter Regelhöchstsatz ist der 2,3-fache Satz der GOÄ zu verstehen, bei Leistungen nach den Abschnitten A, E oder O der GOÄ der 1,8-fache Satz und bei Leistungen nach Abschnitt M der 1,15-fache Satz. Leistungen des Heilpraktikers, die im GebüH geregelt sind, werden ausschließlich im Rahmen des GebüH erstattet; die in den Tarifbedingungen unter § 4 (2) Satz 7 AVB/KS vorgesehene Beschränkung auf die Höchstsätze einer ärztlichen Behandlung entfällt.

Nicht versichert sind psychotherapeutische Leistungen, auch wenn sie im GebüH aufgeführt sind.

§ 4 (6) AVB/KS findet auf die Leistungen nach Punkt B. 9. keine Anwendung.

6.5. Medikamente

Erstattet werden **100 %**

der nach Vorleistung der GKV oder einer privaten Krankenversicherung verbleibenden Aufwendungen für ärztlich verordnete Arzneimittel. Selbstbehalte, die von der GKV oder einer privaten Krankenversicherung einbehalten wurden, zählen zu den anrechenbaren Vorleistungen.

Die Erstattung ist auf **120 EUR** pro Versicherungsjahr begrenzt (siehe dazu § 4 (1) AVB/KS).

C. Angeratene und bereits laufende Behandlungen

Abweichend von § 2 (1) Satz 2 AVB/KS sind die Leistungen bei Vorstandsmitgliedern, Mitgliedern der Geschäftsleitung und Mitarbeitern auch für Versicherungsfälle erstattungsfähig, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Die Leistungspflicht beginnt erst nach Beginn des Versicherungsschutzes.

D. Weltweiter Versicherungsschutz für bis zu 6 Monate

Abweichend von § 1 (4) AVB/KS besteht während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz nach den Punkten B. 1. bis B. 4. sowie nach dem Punkt B. 6.

Ab Beginn des 7. Monats eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland verringern sich die tariflichen Leistungen um ein Drittel, wenn nicht vor der Abreise etwas anderes vereinbart wurde.

E. Beiträge

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrags nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 14. bzw. das 69. Lebensjahr vollendet wird, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen zu Beitragsanpassungen bleiben unberührt.

F. Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht

Abweichend von § 14 (1) AVB/KS verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht.