

Tarif GesundAKTIV+ – Budget 300, 600, 900, 1.200, 1.500 EUR

Ambulanter und zahnmedizinischer Ergänzungstarif

Produktlinie +

Kurzübersicht über die wichtigsten Tarifleistungen:

Unter der Berücksichtigung des in der jeweiligen Tarifstufe festgelegten Höchstleistungsbetrages werden erstattet:

Ambulante Behandlung

- 100 % für Sehhilfen bis zu einer Erstattung von maximal 300 EUR
- 100 % für Operationen zur Sehschärfenkorrektur
- 100 % für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
- 100 % für Präventionskurse
- 100 % für Naturheilkundliche Heilbehandlung durch Heilpraktiker, Ärzte und Arznei-/Verbandmittel
- 100 % für Kinesiologisches Taping bis zu einer Erstattung von maximal 100 EUR im Versicherungsjahr
- 100 % für gesetzliche Zuzahlungen
- 100 % für Restkosten für Hilfsmittel

Zahnärztliche Behandlung

- 100 % für Zahnbehandlung (inkl. Füllungen und Aufbissbehelfe)
- 100 % für prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen inkl. Professioneller Zahnreinigung bis maximal 300 EUR pro Versicherungsjahr
- 100 % für zahnaufhellende Maßnahmen bis maximal 100 EUR pro Versicherungsjahr
- 100 % für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung (z. B. Akupunktur, Hypnose oder Vollnarkose)
- 100 % für Zahnersatz
- 100 % für Kieferorthopädie (nach Unfällen)

Ausführliche Informationen zu den Leistungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil II.

Inhaltsverzeichnis zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Teil II:

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

- 1 Versicherungsfähigkeit
- 2 Beginn des Versicherungsschutzes
- 3 Wartezeiten

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu Teil I Abschnitt A § 4 und § 5 sowie Abschnitt B I Nr. 2)

- 1 Sehhilfen
- 2 Operationen zur Sehschärfenkorrektur
- 3 Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen
- 3.1 Vorsorgeuntersuchungen
- 3.2 Schutzimpfungen
- 4 Präventionskurse
- 5 Naturheilkunde und Arznei- und Verbandmittel
- 5.1 Behandlung durch Heilpraktiker und naturheilkundliche Leistungen
- 5.2 Arznei- und Verbandmittel

- 6 Kinesiologisches Taping
- 7 Gesetzliche Zuzahlungen
- 8 Hilfsmittel
- 9 Zahnärztliche Behandlung
- 9.1 Zahnbehandlung
- 9.2 Zahnersatz
- 9.3 Kieferorthopädie nach Unfällen
- 9.4 Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen
- 9.5 Zahnaufhellung
- 9.6 Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung
- 10 Assistance-Leistungen

C Höhe und Einschränkungen der tariflichen Erstattung

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil II

Der Tarif GesundAKTIV+ mit den Tarifstufen 1, 2, 3, 4 und 5 gilt in Verbindung mit Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die betriebliche Krankenversicherung nach Art der Schadenversicherung (AVB/bKV 2017):

Teil I Abschnitt A: Allgemeiner Teil

Teil I Abschnitt B I: Besonderer Teil für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

A Allgemeine Bestimmungen zu Ihrem Vertrag

1 Versicherungsfähigkeit (zu Teil I Abschnitt A § 1)

Der Tarif GesundAKTIV+

- kann nur zusätzlich zu einer Versicherung bei der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder zu einer Krankheitskostenvollversicherung bei einer in Deutschland zugelassenen Privaten Krankenversicherung (PKV) bestehen und
- ist nur im Rahmen eines geltenden Kollektivvertrages in der arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Krankenversicherung versicherbar.

Bestehen diese Voraussetzungen nicht mehr, so endet gleichzeitig die Versicherung nach dem Tarif GesundAKTIV+.

2 Beginn des Versicherungsschutzes (zu Teil I Abschnitt A § 2 Abs. 2)

Abweichend von Teil I Abschnitt A § 2 Abs. 2 wird für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, geleistet. Dies gilt für tariflich versicherte Behandlungen, die nach Versicherungsbeginn durchgeführt werden, nicht jedoch für vor Versicherungsbeginn durchgeführte Behandlungen.

3 Wartezeiten (zu Teil I Abschnitt A § 3)

Für den Tarif sind keine Wartezeiten zu erfüllen.

B Leistungen der SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. (im Folgenden: Versicherer) - (zu Teil I Abschnitt A § 4 und § 5 sowie Abschnitt B I Nr. 2)

1 Sehhilfen

Erstattungsfähig sind zu 100 % die Kosten für Brillen (Gestell und Gläser) und Kontaktlinsen. Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 300 EUR pro Versicherungsjahr.

2 Operation zur Sehschärfenkorrektur

Erstattungsfähig sind zu 100 % die ambulanten Kosten für Operationen zur Sehschärfenkorrektur (z. B. LASIK/LASEK, refraktiver Linsentausch) durch Ärzte bis zu den Höchstsätzen der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Ein Anspruch auf Erstattung besteht nach Ablauf von drei Versicherungsjahren seit Versicherungsbeginn; der Anspruch auf diese Leistung besteht nur zweimal während der gesamten Vertragslaufzeit.

Die Erstattung vermindert sich um eine evtl. Vorleistung der GKV oder PKV und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Das Vorliegen einer Vorleistung sowie deren Höhe bzw. das Nichtvorliegen sind dem Versicherer auf dessen Verlangen nachzuweisen. Bei Nichtvorlage des Nachweises trotz Aufforderung besteht kein Leistungsanspruch.

3 Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind zu 100 % die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ.

3.1 Vorsorgeuntersuchungen

Erstattungsfähig sind beispielsweise die Kosten für:

- Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, z.B. Audiocheck, Schiellvorsorge, Kinder-Intervall-Check, erweiterte Kinder- und Jugendvorsorge;
- Schwangerschaftsvorsorge, z.B. Triple-Test zur Risikoabschätzung des Down-Syndroms, Vitalitätsuntersuchungen mittels Sonographie;
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ohne Mindestalteranforderung, z.B. Sonographie, Untersuchungen zur Früherkennung von Haut- und Prostatakrebs einschließlich PSA-Test;
- Allgemeine Vorsorge, z.B. Gesundheitscheck, Hirnleistungscheck, HIV-Test, Schlaganfallvorsorge, Glaukomvorsorge, Osteoporosevorsorge und Schilddrüsenvorsorge.

3.2 Schutzimpfungen

Erstattungsfähig sind zu 100 % die Kosten für reisemedizinische Impfberatung und Impfung inklusive der Impfstoffkosten.

Erstattet werden ebenfalls Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff), die die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut empfiehlt (STIKO), sowie Reise- und indikationsbedingte bzw. ärztlich angeratene Impfungen, die nach der geltenden GOÄ berechnungsfähig sind.

4 Präventionskurse

Erstattungsfähig sind zu 100 % die Kosten für Präventionskurse. Als Präventionskurse gelten Maßnahmen nach § 20 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), die von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind. Voraussetzung für die Erstattung ist, dass ein Nachweis über die Teilnahme an mindestens 80 % der Kurseinheiten vorgelegt und vom Kursanbieter auf einer Teilnahmebescheinigung bestätigt wird.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwände für noch nicht zurückgelegte Maßnahmen und Maßnahmen vor Versicherungsbeginn. Eingereichte Kostennachweise müssen daher den Zeitraum enthalten, auf den sie sich beziehen.

5 Naturheilkunde und Arznei- und Verbandmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für die nachfolgend aufgeführten Behandlungen, Arznei- und Verbandmittel im dort genannten Rahmen.

5.1 Behandlung durch Heilpraktiker und naturheilkundliche Leistungen

Erstattungsfähig sind zu 100 % die Kosten für:

- Heilpraktikerleistungen im Rahmen des geltenden Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH),
- von Heilpraktikern oder Ärzten durchgeführte, im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführte Therapieformen der Naturheilkunde,
- naturheilkundliche Leistungen von Ärzten bis zu den Höchstsätzen der geltenden GOÄ.

Erstattungsfähig sind auch wissenschaftlich nicht anerkannte Heilmethoden. Erstattet werden z.B. die Schmerzakupunktur, Homöopathie, Phytotherapie, Neuraltherapie, Eigenbluttherapie, anthroposophische Medizin, Atemtherapie, Chiropraktik, osteopathische Behandlung, Schröpftherapie und physikalische Verfahren (Bewegungstherapie, Massagen, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Thermotherapie).

Heilpraktiker sind nicht Personen, deren Erlaubnis nach dem Heilpraktikergesetz sich lediglich auf ein bestimmtes Behandlungsgebiet beschränkt (vgl. Teil I Abschnitt B I Nr. 2 (a)).

5.2 Arznei- und Verbandmittel

Erstattungsfähig sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, welche vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet und in der Apotheke bezogen wurden. Voraussetzung ist auch, dass die Arzneimittel wissenschaftlich anerkannt sind oder sich in der Praxis als Erfolg versprechend bewährt haben oder angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Erstattungsfähig sind auch naturheilkundliche Arzneimittel, welche im Zusammenhang mit den naturheilkundlichen Heilmethoden gemäß Abschnitt B 5.1 vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet und in der Apotheke bezogen wurden; diese Arzneimittel sind auch erstattungsfähig, wenn sie nicht wissenschaftlich anerkannt sind. Ebenso erstattungsfähig sind Verbandmittel.

Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel, allgemein gebräuchliche Vorbeugungsmittel, Abmagerungs-, Schlaf- und Abführmittel, kosmetische Mittel, Mineralwässer, Badezusätze, Desinfektionsmittel, potenzfördernde Mittel und Mittel zur Empfängnisverhütung.

6 Kinesiologisches Taping

Erstattungsfähig sind zu 100 % die Kosten für ärztlich verordnetes kinesiologisches Taping. Die Erstattungen sind begrenzt auf insgesamt 100 EUR pro Versicherungsjahr. Die Behandlung muss von einem Arzt, Heilpraktiker oder Physiotherapeuten erbracht werden.

7 Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattungsfähig sind zu 100 % die gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen (§ 61 SGB V) für

- Heilmittel einschließlich Verordnungsgebühr (§ 32 Abs. 2 SGB V),
- Hilfsmittel (§ 33 Abs. 8 SGB V),
- Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V),
- Haushaltshilfen (§ 38 Abs. 5 SGB V),
- Fahrkosten (§ 60 SGB V).

8 Hilfsmittel

Erstattungsfähig sind die Kosten für Hilfsmittel (außer Sehhilfen). Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 100 % ersetzt. Die Erstattung vermindert sich um eine evtl. Vorleistung der GKV oder PKV und um Vorleistungen anderer Leistungsträger sowie um die gesetzliche Zuzahlung (Leistungen gemäß Abschnitt B 7). Das Vorliegen einer Vorleistung sowie deren Höhe bzw. das Nichtvorliegen sind dem Versicherer auf dessen Verlangen nachzuweisen. Bei Nichtvorlage des Nachweises trotz Aufforderung besteht kein Leistungsanspruch.

9 Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) zu 100 % die Kosten für nachfolgende Behandlungen:

9.1 Zahnbehandlung

Medizinisch notwendige Zahnbehandlung einschließlich plastische Füllungen (Kunststoff-, Komposit-, dentinadhäsive Füllungen), Röntgenaufnahmen, Mund- und Parodontosebehandlung, Wurzelspitzenresektionen, Fissurenversiegelungen, Aufbissbehelfe (z.B. Knirscherschienen) sowie gesondert berechnungsfähige zahntechnischen Laborkosten für Zahnbehandlung.

Berücksichtigungsfähig sind auch die Kosten für Arzneimittel, sofern diese vom Zahnarzt verordnet sind, in der Apotheke bezogen werden und wissenschaftlich anerkannt sind.

9.2 Zahnersatz

Medizinisch notwendigen Zahnersatz einschließlich Reparaturen (hierzu zählen auch Einzelkronen und Einlagefüllungen/Inlays, Brücken, Stiftzähne, Prothesen, Veneers, Onlays, Overlays, Keramik- und Kunststoff-Verblendungen), Kosten für implantologische Leistungen (einschließlich Knochenaufbau), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie vorbereitende diagnostische, therapeutische und chirurgische Leistungen, die unmittelbar zur Versorgung mit Zahnersatz erforderlich werden und Kosten für die Erstellung von Heil- und Kostenplänen. Berücksichtigungsfähig sind ferner gesondert berechnungsfähige zahntechnische Laborkosten.

Berücksichtigungsfähig sind auch die Kosten für Arzneimittel, sofern diese vom Zahnarzt verordnet sind, in der Apotheke bezogen werden und wissenschaftlich anerkannt sind.

9.3 Kieferorthopädie nach Unfällen

Medizinisch notwendige Kieferorthopädie einschließlich der gesondert berechnungsfähigen zahntechnischen Laborkosten, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

9.4 Prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen

In Erweiterung der Regelungen nach Teil I Abschnitt B I Nr. 1 (b) gelten auch zahnauhellende Maßnahmen als Versicherungsfall. Medizinisch notwendige prophylaktische zahnärztliche Maßnahmen (Mundhygienestatus, Anleitung zur Vorbeugung von Karies und Parodontose, lokale Fluoridierung, professionelle Zahnreinigung) nach den Ziffern 1000-1040 der GOZ bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von insgesamt 300 EUR pro Versicherungsjahr.

9.5 Zahnaufhellung

In Erweiterung der Regelungen nach Teil I Abschnitt B I Nr. 1 (b) gelten auch zahnauhellende Maßnahmen als Versicherungsfall.

Die Kosten für zahnauhellende Maßnahmen (z. B. Bleaching) sind bis zu einem erstattungsfähigen Betrag von insgesamt 100 EUR pro Versicherungsjahr begrenzt.

Voraussetzung für die Kostenerstattung für zahnauhellende Maßnahmen ist, dass diese von einem Zahnarzt oder unter dessen ärztlicher Aufsicht nach fachlicher Weisung durchgeführt werden.

9.6 Besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung

Erstattungsfähig sind bis zu den Höchstsätzen der GOZ bzw. GOÄ zu 100 % Kosten für besondere Maßnahmen zur Schmerzausschaltung wie Akupunktur, Hypnose, Analgosedierung (Dämmer-schlaf), Lachgas-Sedierung und Vollnarkose.

Voraussetzung ist, dass die Maßnahmen im direkten Zusammenhang mit einer tariflichen Leistung gemäß der Abschnitte B 9.1 bis B 9.3 stehen.

10 Assistance-Leistungen

Es besteht Anspruch auf Assistance-Leistungen gemäß dem „Leistungsverzeichnis für Assistance-Leistungen“ (Anlage) der Produktlinie +.

Die Assistance-Leistungen sind über die Assistance-Hotline des Versicherers (0231-135 4950) zu beantragen. Die Organisation der Hilfe erfolgt durch den Versicherer.

C Höhe und Einschränkungen der tariflichen Erstattung

1 Berücksichtigungsfähige Aufwendungen

Die berücksichtigungsfähigen Aufwendungen nach Abschnitt B 1 bis B 9 werden bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden amtlichen GOZ und GOÄ und des GebÜH erstattet.

1.1 Anrechnung von Vorleistungen

Der Betrag der tariflichen Leistungen vermindert sich um eine evtl. Vorleistung der GKV oder PKV und um Vorleistungen anderer Leistungsträger. Als Vorleistung gelten auch mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte und Prämienzahlungen gemäß § 53 SGB V bzw. bei der PKV bestehende Selbstbehalte.

Die Höhe der Vorleistungen ist durch einen entsprechenden Leistungsvermerk der jeweiligen Leistungsträger auf den Rechnungsbelegen nachzuweisen. Bei Nichtvorlage des Nachweises trotz Aufforderung besteht kein Leistungsanspruch.

1.2 Höchsterstattungsbetrag

Der Höchsterstattungsbetrag dieses Tarifs wird mit dem Versicherungsnehmer jeweils für die versicherte Person vereinbart. Die tariflichen Erstattungsbeträge gelten für die nach Abschnitt B 1 bis B 9 aufgeführten Leistungen insgesamt maximal je Versicherungsjahr

- 300 EUR in der Tarifstufe GesundAKTIV+1
- 600 EUR in der Tarifstufe GesundAKTIV+2
- 900 EUR in der Tarifstufe GesundAKTIV+3
- 1.200 EUR in der Tarifstufe GesundAKTIV+4
- 1.500 EUR in der Tarifstufe GesundAKTIV+5

Die Kosten werden dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem sie entstanden sind, also die Behandlung oder Heilmaßnahme erfolgt ist oder das Medikament oder Hilfsmittel bezogen wurde.

1.3 Einschränkung der Leistungspflicht

Nicht erstattungsfähig sind die in Abschnitt B 9.1 bis B 9.3 genannten Aufwendungen, wenn die Behandlung während einer stationären Heilbehandlung erfolgt.