Informationsblatt zur Privaten Krankenversicherung
Tarif InboundMed Best 100 (IMB100U) - Gruppenversicherung

Diese Informationen geben Ihnen einen ersten Überblick über die Versicherung, die der Versicherungsnehmer (also z.B. Ihr Arbeitgeber) für Sie abgeschlossen hat. Sie sind nicht abschließend. Der verbindliche Vertragsinhalt ergibt sich ausschließlich aus der beigefügten Versichertenbescheinigung und den Versicherungsbedingungen, die dem Versicherungsnehmer vorliegen.

1. Wie sind die vertraglichen Beziehungen?

Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Er hat den Versicherungsvertrag bei uns abgeschlossen. Sie haben uns gegenüber aber immer den unmittelbaren Anspruch auf die Versicherungsleistungen.

2. Welche Versicherungsbedingungen gelten?

Grundlage sind die Versicherungsbedingungen für den Tarif InboundMed Best 100 (Gruppenversicherung). Diese bestehen aus

- den Regelungen zum Umfang des Versicherungsschutzes und Beschreibung der Leistungen (Teil A - Leistungen),
- den Regelungen aus den Teilen B - Ihre Pflichten und C - Allgemeine Regelungen.

Sie können die Versicherungsbedingungen beim Versicherungsnehmer erhalten.

3. Wer ist nach diesem Tarif versicherungsfähig?

Sie oder die versicherte Person sind nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange

- sie zu dem versicherbaren Personenkreis nach dem Gruppenversicherungsvertrag gehören,
- sie eine ausländische Staatsangehörigkeit besitzen,
- sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben und
- dafür ein befristeter Aufenthaltstitel nach § 4 Absatz 1 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) besteht.

Mit Wegfall einer dieser Eigenschaften endet der Tarif für Sie und/oder die betroffene versicherte Person.

4. Welcher Versicherungsschutz ist vereinbart?

Hier finden Sie die wesentlichen Informationen zu Ihrem Versicherungsschutz. Die weiteren Einzelheiten sind in den Versicherungsbedingungen geregelt.

Versicherte Leistungen:
Der Geltungsbereich erstreckt sich auf Europa. Versicherungsschutz besteht während eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland für insgesamt sechs Monate. Erstattungsfähig sind die im Tarif vorgesehenen Aufwendungen zu den dort genannten Erstattungsprozentsätzen (siehe nachfolgend). Der Erstattung der im Ausland entstehenden Aufwendungen werden die jeweils ortsüblichen Aufwendungen zugrunde gelegt.

a) Versicherte Leistungen bei medizinisch notwendiger ambulanter Behandlung

Wir ersetzen bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung die Aufwendungen wie folgt:

- 100 % für ärztliche Leistungen, keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), d.h. in medizinisch begründeten Fällen werden auch Honorare erstattet, die den Höchstsatz überschreiten.
- 50 % für ärztlich durchgeführte künstliche Befruchtung, begrenzt auf maximal 4 Versuche pro reproduktionsmedizinischem Verfahren oder 2 Geburten; keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), d.h. in medizinisch begründeten Fällen werden auch Honorare erstattet, die den Höchstsatz überschreiten.
- 100 % für sämtliche medizinisch notwendigen Vorsorgeuntersuchungen ohne Beschränkung auf die gesetzlichen Programme und ohne Altersgrenzen.
- 100 % für Behandlung durch Heilpraktiker bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).
- 100 % für anerkannte alternativmedizinische Verfahren (insbesondere Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung).
- 100 % für Psychotherapie (einschließlich Leistungen durch approbierte Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten).
- 100 % für eine Soziotherapie durch geeignete Leistungserbringer mit Höchstgrenze.
- 100 % für Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission am Robert Koch-Institut empfohlen werden, sowie die Schutzimpfung gegen Hepatitis B und Reiseimpfungen, einschließlich der verwendeten Impfstoffe.
- 100 % für verordnete Arzneimittel.
- 100 % für häusliche Krankenpflege.
- 100 % für Haushaltshilfe nach § 38 Absatz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).
- 100 % für Heilmittel gemäß tariflicher Liste (z.B. Massagen, Krankengymnastik).
- 100 % für Sehhilfen, maximal 300 EUR innerhalb von 24 Monaten.
- 100 % für Hilfsmittel gemäß tariflichem Katalog sowie 100 % für sonstige Hilfsmittel (offener Hilfsmittelkatalog), wenn diese über uns bezogen werden, wenn nicht 80 %.
- 100 % für Transport- und Fahrtkosten bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit, ambulanter Dialyse, Strahlentherapie bei Krebserkrankungen, Chemotherapie, Unfall und Notfall. Bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit werden für Fahrtkosten maximal 50 EUR erstattet.
- 100 % für ambulante Anschlussheilbehandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation, mit Höchstbeträgen je nach medizinischer Indikation.
- 100 % für ärztliche und pflegerische Leistungen einer ambulanten Palliativ-Versorgung im Sinne von § 37b Absätze 1 bis 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

b) Versicherte Leistungen bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung

Wir ersetzen bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung die Aufwendungen wie folgt:

(1) Versicherte Leistungen, wenn das Krankenhaus dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt:

- 100 % für die Wahlleistung Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.
- 100 % für wahlärztliche und belegärztliche Leistungen, keine Begrenzung auf die Höchstsätze der GOÄ, d.h. in medizinisch begründeten Fällen werden auch Honorare erstattet, die den Höchstsatz überschreiten.

- 100 % für allgemeine Krankenhausleistungen.
- Ersatzweises Krankenhaustagegeld:
  - 70 EUR, wenn auf die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer verzichtet wird. Für den Entlassungstag sowie für die Dauer der Behandlung auf der Intensiv- oder Säuglingsstation zahlen wir kein ersatzweises Krankenhaustagegeld.
  - 40 EUR, wenn auf gesondert berechnungsfähige wahlärztliche Leistungen verzichtet und kein Aufwendungsersatz für gesondert berechnungsfähige belegärztliche Leistungen geltend gemacht wird.

  Für Kinder bis vollendetes 16. Lebensjahr jeweils die Hälfte.
  Wir zahlen kein ersatzweises Krankenhaustagegeld für Tage vollständiger Abwesenheit aus dem Krankenhaus sowie bei teilstationärer Behandlung und bei Behandlung in Privatkliniken.

(2) Versicherte Leistungen, wenn das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt:
In Krankenhäusern - insbesondere Privatkliniken -, die nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegen, leisten wir bis zum versicherten Höchstbetrag.

(3) Versicherte Leistungen bei stationärer Anschlussheilbehandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation:
100 % für Krankenhauspflege, Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln, medizinisch begründete Nebenkosten, Unterkunft und Verpflegung im Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer sowie ärztliche Behandlung.

(4) Versicherte Transportkosten:
100 % für Transportkosten im Rettungswagen oder Rettungshubschrauber.

(5) Versicherte Leistungen bei stationärer Hospiz-Versorgung:
100 % für Aufwendungen bei einer stationären Hospiz-Versorgung.

c) Versicherte Leistungen bei medizinisch notwendiger zahnärztlichen Behandlung

Wir ersetzen bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung die Aufwendungen wie folgt:
- 100 % für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Inlays und Kieferorthopädie (für Personen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr; bei Unfall oder schwerer Erkrankung entfällt die Altersbegrenzung).
- 80 % für Zahnersatz, z.B. Kronen, Teilkronen, Prothesen und Brücken, implantologische Leistungen einschließlich der in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Leistungen, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich Aufbissbehelfen und Schienen.
- Keine Begrenzung auf die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und GOÄ, d.h. in medizinisch begründeten Fällen werden auch Honorare erstattet, die den Höchstsatz überschreiten.
- Der Erstattungsprozentsatz für zahntechnische Leistungen richtet sich nach den Aufwendungen (z.B. Zahnbehandlung, Zahnersatz) in deren Zusammenhang sie erbracht werden.
- Der Erstattungsprozentsatz für Arzneimittel richtet sich nach den Aufwendungen (z.B. Zahnbehandlung, Zahnersatz) in deren Zusammenhang sie erbracht werden.
- Erstattungshöchstbetrag für zahnärztliche Behandlung von insgesamt 5.000 EUR pro Person und Versicherungsjahr. Der Erstattungshöchstbetrag gilt nicht, wenn zahnärztliche Behandlungen wegen eines Unfalls erforderlich werden.

d) Sonstige versicherte Leistungen

Wir ersetzen bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung die Aufwendungen wie folgt:
- 100 % für die Behandlungen im Rahmen einer Organtransplantation für die versicherte Person und den Organlebendspender einschließlich medizinischer Komplikationen, für die Bereitstellung des gespendeten Organs oder Gewebes gemäß Transplantationsgesetz (TPG) und für den Netto-Verdienstausfall des Organlebendspenders.
- 100 % für maximal drei Entwöhnungsmaßnahmen (ambulant oder stationär) - außer für Nikotinsucht - nach schriftlicher Zusage vor Behandlungsbeginn; bei stationärem Entzug mit Höchstbetrag.

Bei Tod der versicherten Person leisten wir für die Überführung bzw. Bestattung wie folgt:
- 100 % für die unmittelbaren Aufwendungen einer Überführung des Verstorbenen an den ständigen gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland oder an den vor Einreise nach Deutschland vorhandenen Wohnsitz in seinem Heimatland bzw. für die unmittelbar entstandenen Aufwendungen für die Bestattung (begrenzt auf die Aufwendungen für eine Überführung).

5. Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Nicht alle Sachverhalte sind vom Versicherungsschutz umfasst. Beispielsweise ist unsere Leistungspflicht in folgenden Fällen ausgeschlossen:
- Der Ersatz von Aufwendungen, soweit sie einen vereinbarten Höchstbetrag überschreiten.
- Behandlungen von vorsätzlich verursachten Krankheiten und Unfällen.
- Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Kinder oder Eltern (nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß).
- Eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.
- Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger.

Dies ist keine abschließende Darstellung. Die vertraglichen Leistungsausschlüsse sind umfassend in den Versicherungsbedingungen geregelt.

6. Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem auf Ihrer Versichertenbescheinigung angegebenen Zeitpunkt.

Der Versicherungsvertrag ist befristet. Er endet spätestens mit Ablauf der Höchstversicherungsdauer von 5 Jahren. Außerdem endet der Versicherungsschutz durch Kündigung des Versicherungsvertrages durch den Versicherungsnehmer oder mit dem Ausscheiden von Ihnen oder der versicherten Person aus dem versicherbaren Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrags (siehe Ziffer 3.). Die vertraglichen Beendigungsgründe sind umfassend in den Versicherungsbedingungen geregelt. Ob Sie zum Beispiel beim Eintritt in die Elternzeit oder bei unbezahltem Urlaub noch versichert sind, können Sie bei Ihrer Personalabteilung erfragen.