

**INTER Krankenversicherung aG****Teil III****Tarif G 1****Tarifstufe G 115**

Stand 01.01.2008

Dieser Tarif (Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt nur in Verbindung mit

Teil I - Musterbedingungen und
Teil II - Tarifbedingungen für die Krankheitskostenversicherung "INTER VarioLine".

A. Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Die Auf-

nahmefähigkeit endet mit dem Kalenderjahr, in dem das 65. Lebensjahr vollendet wird.

B. Leistungen des Versicherers**1. Erstattungsfähige Aufwendungen**

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

1.1 Ambulante Heilbehandlung

- a) Ärztliche Leistungen (nicht zahnärztliche Leistungen).

Hierzu gehören z.B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen, Hausbesuche, Operationen, Behandlungen wegen Schwangerschaft, Entbindung oder Fehlgeburt, Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen.

Ärztliche Leistungen sind erstattungsfähig, soweit sie nach der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind und die Höchstsätze nicht übersteigen. Für die Teile der Aufwendungen, die durch Überschreiten der Höchstsätze entstehen, besteht kein Leistungsanspruch.

- b) Arznei- und Verbandmittel.

Ohne Dispens abgegebene Arzneimittel unterliegen nicht der Erstattungspflicht. Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.

Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nähr- und Stärkungspräparate, Desinfektions- und Kosmetikmittel, reine Mineralwässer, Badeszusätze und ähnliches.

- c) Strahlen-Diagnostik und -Therapie, Laborunter-

suchungen.

- d) Leistungen der Hebamme / des Entbindungspfleger.
e) Schutzimpfungen.

Hierzu gehören Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff, soweit es sich um staatlich empfohlene Kinderschutzimpfungen sowie um Impfungen handelt, die von der Ständigen Impfkommission des Bundesgesundheitsamtes allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (also zum Beispiel unabhängig von Beruf, Reisen, Freizeitgewohnheiten) für alle empfohlen werden.

- f) Fahrt oder Transport zum und vom nächsterreichbaren Arzt bei Unfällen (am Unfalltag).

Bei ambulanter Strahlenbehandlung von bösartigen Geschwülsten sowie bei ambulanter Dialysebehandlung sind die Aufwendungen für Fahrtkosten zum/vom nächsterreichbaren Arzt/Krankenhaus pro Kalenderjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 770 EUR erstattungsfähig.

1.2 Stationäre Heilbehandlung

- a) Allgemeine Krankenhausleistungen.

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen Leistungen im Sinne

- des § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in Verbindung mit dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der jeweils geltenden Fassung - z.B. Fallpauschalen, Zusatzentgelte, ergänzende Entgelte - bzw.



- der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils geltenden Fassung

sowie Leistungen von Belegärzten, Beleghebammen und Belegentbindungspflegern.

Sofern Krankenhäuser nach dem KHG/KHEntgG bzw. der BPfIV abrechnen, obwohl sie hierzu nicht verpflichtet sind (z.B. Privatkliniken), werden die vorstehenden Ausführungen ebenfalls angewendet.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/KHEntgG bzw. der BPfIV abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Mehrbettzimmer einschließlich ärztlicher Leistungen und Krankenhausnebenkosten sowie der Leistungen freiberuflicher Hebammen und Entbindungspfleger.

Können die Kosten für ein Mehrbettzimmer nicht nachgewiesen werden, weil das Krankenhaus eine entsprechende Unterkunft nicht anbietet, wird der Erstattung der Landesbasisfallwert des Bundeslandes, in dem der Krankenhausaufenthalt stattfand, zugrunde gelegt. Erstattungsfähig sind dann die Kosten, die ausgehend von dem genannten Landesbasisfallwert bei einer Abrechnung nach dem KHG/KHEntgG entstanden wären, jedoch nicht mehr als der tatsächliche Rechnungsbetrag. Mit diesen Sätzen sind auch die Arztkosten und sämtliche Nebenkosten abgegolten.

Soweit Krankenhäuser nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 3. Pflegeklasse dem Mehrbettzimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zweibettzimmer und die 1. Pflegeklasse dem Einbettzimmer.

- b) Transport zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km, mindestens jedoch bis zum nächsterreichbaren, geeigneten Krankenhaus.

1.3 Krankenrücktransport aus dem Ausland, Überführung oder Bestattung im Todesfall.

Hierzu gehören Kosten, die durch einen medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Krankenrücktransport aus dem Ausland an den Ort des ständigen Wohnsitzes entstehen, abzüglich etwaiger ersparter Aufwendungen.

Im Falle des Ablebens des Versicherten während eines Auslandsaufenthaltes sind erstattungsfähig Kosten für die Überführung in die Heimat oder Bestattungskosten am Sterbeort

- im europäischen Ausland bis 5.120 EUR
- im außereuropäischen Ausland bis 10.230 EUR.

Der Anspruch auf Erstattung der Rücktransportkosten ist durch eine Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit und die ärztliche Anordnung des Krankenrücktransports, der Anspruch auf Erstattung der Überführungs- bzw. Beerdigungskosten durch Kostenbelege und die amtliche Sterbeurkunde mit ärztlicher Bescheinigung über die Todesursache zu begründen.

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, sofern nicht bereits Leistungen von einem anderen Kostenträger erbracht worden sind.

2. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hilfsmittel, Heilmittel, Impfungen, die in Abhängigkeit von Beruf, Reisen, Freizeitgewohnheiten empfohlen werden, Psychotherapie, Heilpraktikerbehandlung (einschließlich der von Heilpraktikern verordneten Arznei- und Verbandmittel) und zahnärztliche Leistungen sowie Wahlleistungen im Krankenhaus (Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und gesondert berechenbare ärztliche Leistungen).

Diese Aufwendungen sind im Rahmen von Zusatztarifen versicherbar.

3. Tarifliche Leistungszusage

Die Tarifleistung errechnet sich aus den erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Nr. 1. Sie beträgt

100 %

unter Berücksichtigung einer Selbstbeteiligung von

800 EUR

pro Person und Kalenderjahr für Leistungen gemäß Nr. 1.1 und 1.3.

Beginnt die Versicherung nicht am 01. Januar eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich die Selbstbeteiligung für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand. Erfolgt ein Tarifwechsel, bei dem sich die betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung ändert, gilt für das Umstellungsjahr eine Selbstbeteiligung, die sich aus anteilig geminderter bisheriger und anteilig geminderter neuer Selbstbeteiligung zusammensetzt. Endet das Versicherungsverhältnis vor Ablauf eines Kalenderjahres, so tritt dadurch keine Ermäßigung der Selbstbeteiligung ein.