

Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil II

Tarif JAZ 300A

Stand 01.01.2022

Der Tarif (AVB Teil II) gilt in Verbindung mit den Rahmenbedingungen für die Krankheitskostenvollversicherung (AVB Teil I).

A. Aufnahmefähigkeit / Versicherungsfähigkeit

1. Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben.

2. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind folgende Personen während ihrer Ausbildung, die keine oder nur geringfügige regelmäßige Einkünfte aus Erwerbstätigkeit – mit Ausnahme von Ausbildungsvergütungen – und das 39. Lebensjahr noch nicht vollendet haben:

- a) Kinder von Ärzten oder Zahnärzten,
 - die sich in einer Schulausbildung an einer Schule (auch in einem EWR-Vertragsstaat) befinden, an der die in Deutschland anerkannte Hochschul- bzw. Fachhochschulreife erworben werden kann, sofern sie bei Versicherungsbeginn das 16. Lebensjahr vollendet haben oder
 - die sich in einer Berufsausbildung befinden oder
 - die sich in einer sich unmittelbar an die abgeschlossene Schulausbildung anschließenden vorübergehenden Wartezeit bis zum Beginn des Studiums befinden oder
 - die ein Studium (im Folgenden als Ausbildung bezeichnet) an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule in Deutschland oder an vergleichbaren Hochschulen in einem EWR-Vertragsstaat absolvieren oder
 - die eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit (im Folgenden als Ausbildung bezeichnet) verrichten.
- b) Personen, die ein Studium der Humanmedizin oder der Zahnmedizin (im Folgenden als Ausbildung bezeichnet) an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule in Deutschland oder an vergleichbaren Hochschulen in einem EWR-Vertragsstaat absolvieren.

- c) Personen, deren Versicherung nach Tarif JAZ 300A wegen Abschlusses der Ausbildung geendet hat, wenn sich unmittelbar an das abgeschlossene Ausbildung eine vorübergehende Arbeitslosigkeit anschließt und innerhalb von zwei Monaten nach dem Ausbildungsabschluss die Fortsetzung der Versicherung nach Tarif JAZ 300A beantragt wird.

Der nicht berufstätige oder sich in der Berufsausbildung befindende Ehegatte bzw. Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer nach a) bis c) versicherungsfähigen Person kann mitversichert werden, solange er mit der versicherten Person in häuslicher Gemeinschaft lebt oder von ihm wirtschaftlich abhängig ist.

3. Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Mit dem Wegfall der Versicherungsfähigkeit der versicherten Person (z.B. Vollendung des 39. Lebensjahrs) endet auch die Versicherungsfähigkeit der mitversicherten Person im Tarif JAZ 300A zum Ablauf dieses Monats.

Die Versicherungsfähigkeit der versicherten Person endet mit Ablauf des Monats, in dem

- die Voraussetzungen nach Nr. 2 für die Versicherungsfähigkeit entfallen oder
- die Ausbildung vorzeitig aufgegeben bzw. für mehr als 12 Monate unterbrochen wird oder
- die Wartezeit bis zum Beginn des Studiums nach Nr. 2 a) länger als 24 Monate angedauert hat oder
- die Arbeitslosigkeit nach Nr. 2 c) endet, spätestens nach 12-monatiger Arbeitslosigkeit oder
- die versicherte Person das 39. Lebensjahr vollendet.

Die Versicherungsfähigkeit für die mitversicherte Person endet ferner mit Ablauf des Monats, in dem sie das 39. Lebensjahr vollendet.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, der INTER den Eintritt eines Grundes für den Wegfall der Versicherungsfähigkeit innerhalb von zwei Monaten nach dessen Eintritt schriftlich anzuzeigen.

Siehe hierzu auch Teil I § 15 Abs. 3.

4. Fortführung der Versicherung

- a) Nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit hat die versicherte Person das Recht, ihre Versicherung als Versicherungsnehmer in einem Eigenvertrag in Krankheitskostentarifen und in für den Neuzugang geöffneten Krankentagegeldtarifen für Selbständige ab dem 22. Tag und für Angestellte ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit bis zur Höhe des auf den Kalendertag umgerechneten, aus der beruflichen Tätigkeit herrührenden Nettoeinkommens, begrenzt auf 130% des GKV-Höchstkrankengeldes zum Zeitpunkt der Umstellung fortzuführen, sofern sie die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Die Umstellung erfolgt ohne erneute Risikoprüfung und ohne neue Wartezeiten. Soll die Versicherung nicht als Eigenvertrag fortgeführt werden, ist für Vertragsänderungen die Zustimmung des Versicherungsnehmers erforderlich.
- b) Wird eine versicherte Person nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, hat sie das Recht, die Fortführung der Versicherung nach a) in Form einer Anwartschaftsversicherung zu verlangen oder einen Optionstarif mit erneuter Risikoprüfung abzuschließen.

B. Leistungen der INTER

1. Erstattungsfähige Aufwendungen und tarifliche Leistungszusage

Nachstehend werden die erstattungsfähigen Aufwendungen sowie die zugehörigen tariflichen Leistungen aufgeführt. Die tarifliche Leistung errechnet sich aus den Erstattungsbeträgen nach Nr. 1.1 bis 1.9 abzüglich der Selbstbeteiligung nach Nr. 2.

1.1 Ambulante Heilbehandlung

a) Ärztliche Leistungen

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen (z.B. Beratungen, Untersuchungen, Behandlungen), sofern nachfolgend nichts anderes bestimmt ist.

Operative Maßnahmen zur Behebung der Fehlsichtigkeit (z.B. durch LASIK) sind bis zu einem Erstattungsbetrag von 1.000 EUR pro Auge erstattungsfähig. Ein erneuter Anspruch besteht nicht vor Ablauf von fünf Jahren.

b) Vorsorgeuntersuchungen

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für gezielte Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen.

c) Arznei- und Verbandmittel

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel. Hierzu gehören auch bestimmte zwingend erforderliche medikamentenähnliche Präparate zur enteralen und parenteralen

Ernährung sowie medikamentenähnliche Präparate, die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden.

Nicht erstattungsfähig sind:

- ohne ärztliche Verordnung bezogene Arzneimittel
- Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion
- Präparate zur Steigerung der sexuellen Potenz
- Präparate zur Gewichtsreduktion oder Appetitzügelung
- Präparate zur Verbesserung des Haarwuchses
- Präparate zur Entziehung
- Präparate, die im Rahmen von Anti-Aging-Behandlung oder Lifestyle-Behandlung eingesetzt werden
- Präparate, die zu kosmetischen Zwecken eingesetzt werden
- Vitaminpräparate und Nahrungsergänzungsmittel mit Ausnahme von Monopräparaten, die zur Behandlung von Mangelkrankungen medizinisch notwendig sind
- Pflege- und Desinfektionsmittel, Badezusätze und Mineralwässer
- Nähr- und Stärkungsmittel (Ausnahme hierzu gemäß Satz 2).

d) Leistungen einer Hebamme / eines Entbindungspflegers

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Leistungen einer Hebamme / eines Entbindungspflegers.

e) Schutzimpfungen

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff. Dazu zählen:

1. Impfungen, die von der Ständigen Impfkommision (STIKO) am Robert-Koch-Institut bzw. von den zuständigen Behörden der Bundesländer nicht nur aus beruflichen Gründen oder für Reisen empfohlen werden. Sofern die Impfungen nur für bestimmte Personengruppen empfohlen werden (z.B. aufgrund von Altersgrenzen), muss die versicherte Person diesem Personenkreis angehören.
2. Reiseimpfungen gegen folgende Krankheiten: Hepatitis A und B, Typhus, Malaria, Gelbfieber und Cholera.

Nicht erstattungsfähig sind sonstige Schutzimpfungen.

f) Notärztliche Einsätze

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für notärztliche Einsätze.

g) Fahrt- und Transportkosten

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

1. die Fahrt oder den Transport zum nächst erreichbaren, geeigneten Arzt/Facharzt oder Krankenhaus bei Unfällen (am Unfalltag) bzw. zur Erstversorgung bei akuten, lebensbedrohlichen Zuständen mit
 - einem Krankenwagen einer anerkannten Hilfsorganisation (z.B. Arbeiter-Samariter-Bund, Deutsches Rotes Kreuz, Die Johanniter) oder
 - der Feuerwehr oder
 - einem Rettungshubschrauber oder
 - einem Taxi oder
 - einem privaten Kraftfahrzeug.
2. die Fahrt mit einem Taxi oder einem privaten Kraftfahrzeug (hin und zurück) bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.500 EUR pro Kalenderjahr
 - zur ambulanten Chemotherapie oder
 - zur ambulanten Strahlenbehandlung.
3. die Fahrt zur Dialysebehandlung mit einem Taxi oder einem privaten Kraftfahrzeug (hin und zurück) bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 3.000 EUR pro Kalenderjahr.
4. die Fahrt zum und vom Arzt/Facharzt oder Krankenhaus am Tag der ambulanten Operation bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 150 EUR pro Kalenderjahr mit
 - einem Taxi oder
 - einem öffentlichen Verkehrsmittel (2. Klasse) oder
 - einem privaten Kraftfahrzeug.

Erstattungsfähig sind Fahrtkosten, die im Zusammenhang mit einer im Katalog nach § 115b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) genannten ambulanten Operation entstehen.

Erstattungsfähig sind auch Fahrtkosten für Untersuchungen, welche die Fahrtauglichkeit einschränken (z.B. Magen- oder Darmspiegelung).

Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs zu Ziffer 1 bis 4 werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.

h) Heilmittel

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Heilmittel, d.h. Heilmaßnahmen, die von staatlich geprüften Angehörigen von Gesundheitsfachberufen durchgeführt werden. Hierzu gehören Inhalationen, Physiotherapie (Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Übungsbehandlung, Traktionsbehandlung, manuelle Lymphdrainage, Massagen, Hydrotherapie, Packungen und Bäder, Kälte- und Wärmebehandlung,

Elektrotherapie, Lichttherapie), Logopädie, Ergotherapie, Podologie.

Nicht erstattungsfähig sind Mehraufwendungen für die Behandlung außerhalb der Praxis des Leistungserbringers.

Abweichend von Teil I § 4 Abs. 4 Satz 4 sind die Aufwendungen bis zum 1,15-fachen der beihilfefähigen Höchstbeträge erstattungsfähig.

i) Hilfsmittel

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Hilfsmittel (außer Sehhilfen, Hörgeräte und orthopädische Schuhe), die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen, wenn

- das Hilfsmittel nicht mehr als 300 EUR kostet und vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird oder
- das Hilfsmittel über das INTER Service Center (telefonisch erreichbar unter 0621 427-427) bezogen wird oder
- das Hilfsmittel nach der Zusage der INTER auf Basis eines Kostenvoranschlags vom Versicherungsnehmer selbst beschafft wird.

Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel zur Therapie und Diagnostik (z.B. motorische Bewegungsschienen, Blutzuckermessgeräte, TENS-Geräte).

Zu 80% erstattungsfähig sind diese Aufwendungen, wenn das Hilfsmittel mehr als 300 EUR kostet und nicht über die INTER bzw. ohne vorherige Zusage der INTER bezogen wird.

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen) bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 260 EUR innerhalb von zwei Jahren. Bei der Ermittlung der maximalen Erstattungsfähigkeit werden ausgehend vom Bezugs- oder Reparaturdatum der betreffenden Sehhilfe jeweils alle Erstattungen für Sehhilfen der davorliegenden 24 Monate berücksichtigt.

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Hörgeräte bis zu einem Erstattungsbetrag von 1.500 EUR je Ohr.

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für orthopädische Schuhe bis zu einem Erstattungsbetrag von 500 EUR pro Paar.

Leistungen für Hilfsmittel gleicher Art (außer Sehhilfen) werden bei nachgewiesenem Bedarf einmal im Kalenderjahr erbracht, sofern nachweislich eine längere Gebrauchs- bzw. Funktionsfähigkeit nicht gegeben ist.

Kosten für Wartung und Reparatur sind nur nach vorheriger Genehmigung durch die INTER erstattungsfähig.

Soweit ein Hilfsmittel aus der Pflegepflichtversicherung (PPV) beansprucht werden kann, besteht vorrangig Anspruch aus der PPV.

Nicht erstattungsfähig sind

- Ausführungen von Hilfsmitteln, wenn diese keinen objektiven Nutzen zum Ausgleich einer Behinderung aufweisen.
- zusätzliche Kosten für Gebrauch (z.B. Stromkosten, Batterien) und Pflege.

j) Psychotherapie

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlung durch Ärzte sowie durch approbierte psychologische Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in eigener Praxis.

k) Alternativmedizin

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen

- bei Inanspruchnahme von Heilpraktikern und
- für Methoden der besonderen Therapierichtungen durch Ärzte.

l) Häusliche Behandlungspflege

Zu 100% erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Zusage die Aufwendungen für häusliche Behandlungspflege, wenn diese ärztlich verordnet ist. Im Versicherungsumfang enthalten sind medizinisch-diagnostische oder medizinisch-therapeutische Einzelleistungen (z.B. Verbandwechsel, Wundpflege, Katheterwechsel), die dazu dienen, Krankheiten zu heilen, eine Verschlechterung zu verhüten und Beschwerden zu lindern. Voraussetzung hierfür ist, dass der Leistungserbringer (z.B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) einen entsprechenden Versorgungsvertrag mit den Trägern der gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen hat und die Leistungen entsprechend der Vergütungsvereinbarung dieses Versorgungsvertrages berechnet.

Erstattungsfähig sind auch

- psychiatrische Pflege
- spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)
- Intensiv-Behandlungspflege (z.B. Beatmung, Überwachung der Vitalparameter, tracheales Absaugen).

Nicht erstattungsfähig sind Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung.

m) Kurzbehandlung

Zu 100% erstattungsfähig sind abweichend von Teil I § 5 Abs. 1 e) die Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Arznei- und Heilmittel bei einer ärztlich verordneten, unter ärztlicher Leitung stehenden und nach

einem Kurplan durchgeführten Kur bis zu einer Dauer von 28 Tagen.

Ein Anspruch auf eine erneute Erstattung einer Kur entsteht nach Ablauf von zwei Jahren nach der letzten Kur.

Die Erstattung ergibt sich entsprechend aus den für die Leistungen nach Nr. 1.1 a), c) und h) getroffenen Regelungen.

Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung.

1.2 Stationäre Heilbehandlung

a) Allgemeine Krankenhausleistungen

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Verbindung mit dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) 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), erfolgt die Erstattung ebenfalls nach Maßgabe des KHG/KHEntgG bzw. der BPfIV.

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 (ohne gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen) und Krankenhausnebenkosten sowie der Leistungen von freiberuflichen Hebammen und Entbindungspflegern.

Angemessenheit der Aufwendungen

Die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen sind in Höhe angemessener Beträge erstattungsfähig. Diese Angemessenheit bestimmt sich grundsätzlich durch das KHG/ KHEntgG bzw. die BPfIV in der jeweils geltenden Fassung.

Entgelte für Leistungen von Krankenhäusern, die nicht zur Abrechnung nach dem KHG/KHEntgG bzw. der BPfIV verpflichtet sind und auch nicht analog dieser Bestimmungen abrechnen, gelten als angemessen, sofern sie die durch das KHG/ KHEntgG bzw. die BPfIV vorgegebenen Entgelte um nicht mehr als 100 % überschreiten.

b) Wahlleistungen

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende Wahlleistungen im Sinne des KHEntgG bzw. der BPfIV in der jeweils geltenden Fassung:

- gesondert berechenbare privatärztlichen Leistungen und

- gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer sowie vom Krankenhaus gesondert berechenbare Zuschläge für Verpflegung, Sanitärzelle und Bereitstellung eines Telefons.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem KHG/ KHEntG bzw. nach der BPfIV abrechnen, gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen und die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

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

c) Ersatz-Krankenhaustagegeld

Werden bei stationärer Krankenhausbehandlung keine Wahlleistungen in Anspruch genommen, wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld gezahlt.

Dieses beträgt täglich für die Dauer des Aufenthalts

- 30 EUR bei Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen (einschließlich Entlassungstag).
- 30 EUR bei Verzicht auf Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer (ohne Entlassungstag).
- 60 EUR bei Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen und Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer (Entlassungstag 30 EUR).

Bei teilstationärer Behandlung besteht kein Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.

d) Fahrt- und Transportkosten

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Fahrt oder den Transport zum und vom Krankenhaus bis zu jeweils 100 km, mindestens jedoch bis zum nächst erreichbaren, geeigneten Krankenhaus oder für einen Verlegungstransport in ein anderes Krankenhaus mit

- einem Krankenwagen einer anerkannten Hilfsorganisation (z.B. Arbeiter-Samariter-Bund, Deutsches Rotes Kreuz, Die Johanniter) oder
- der Feuerwehr oder
- einem Rettungshubschrauber oder
- einem Taxi oder
- einem öffentlichen Verkehrsmittel (2. Klasse) oder
- einem privaten Kraftfahrzeug.

Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.

e) Anschlussrehabilitation

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für eine sich an eine Krankenhausbehandlung anschließende weitere Behandlung zur Rehabilitation (Anschlussrehabilitation) unter den Voraussetzungen von

Teil I § 4 Abs. 7. Die Regelungen unter Nr. 1.2 a), b) und d) gelten entsprechend.

Bei einer Anschlussrehabilitation besteht kein Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.

1.3 Zahnärztliche Behandlung

a) Zahnbehandlung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnbehandlungen.

b) Zahnvorsorge

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die

- zahnmedizinischen Vorsorgeleistungen.
- professionelle Zahnreinigung (GOZ-Ziffer 1040) zweimal im Kalenderjahr.

c) Kieferorthopädie

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen.

d) Zahnersatz

Zu 80% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz. Dazu gehören

- zahnärztliches Honorar sowie
- Material- und Laborkosten

für prothetische Leistungen (z.B. Prothesen, Brücken, Suprakonstruktionen) einschließlich Kronen/Teilkronen (auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Einlagefüllungen (Inlays), Aufbaufüllungen und Provisorien, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie implantologische Leistungen einschließlich der im Zusammenhang mit dem Einbringen der Implantate stehenden knochenbauenden Maßnahmen.

Die Aufwendungen für Keramikverblendungen sind bis einschließlich Zahn acht erstattungsfähig.

Bei Zahnersatz mit einem voraussichtlichen Kostenaufwand (Rechnungsbetrag) von 5.000 EUR oder mehr ist rechtzeitig vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Maßnahme einzureichen. Die INTER verpflichtet sich, diesen Heil- und Kostenplan unverzüglich zu prüfen und über die zu erwartende Versicherungsleistung Auskunft zu geben.

Bei Nichtvorlage des Heil- und Kostenplans wird die Tarifleistung für den 5.000 EUR übersteigenden Teil des Rechnungsbetrages auf die Hälfte des tariflichen Prozentsatzes gekürzt.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für zahnärztliche Behandlung nach Nr. 1.3 a) bis d) werden für jede versicherte Person in den ersten 48 Monaten ab Versicherungsbeginn in einer Krankheitskostenvollversicherung bei der

INTER begrenzt auf einen Erstattungsbetrag von insgesamt höchstens

1.000 EUR innerhalb der ersten 12 Monate,

2.000 EUR innerhalb der ersten 24 Monate,

3.000 EUR innerhalb der ersten 36 Monate,

4.000 EUR innerhalb der ersten 48 Monate.

Zeiten, für die Anwartschaftsbeiträge gezahlt werden, werden dabei nicht mitgezählt.

Die vorstehenden Begrenzungen der Erstattungsbeträge gelten nicht für solche ansonsten erstattungsfähigen Aufwendungen, die nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn in einer Krankheitskostenvollversicherung bei der INTER eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

Zahnbehandlung, Kieferorthopädie und Zahnersatz werden auch dann als zahnärztliche Behandlung nach Nr. 1.3 a) bis d) erstattet, wenn diese von einem Arzt ausgeführt worden sind. Diese Leistungen sind nicht Gegenstand der Leistungen für ambulante oder stationäre Heilbehandlung.

1.4 Entbindungspauschale

Bei einer Entbindung wird anstelle der Erstattung der im Zusammenhang mit einer Entbindung entstandenen Aufwendungen auf Antrag und gegen Vorlage eines Geburtsnachweises eine Pauschale in Höhe von 1.030 EUR gezahlt.

1.5 Gebührenordnungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Behandlung (Nr. 1.1 und 1.2) bzw. für zahnärztliche Behandlung (Nr. 1.3) über die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) festgelegten Höchstsätze hinaus, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

1.6 Krankenrücktransport aus dem Ausland

Zu 100% erstattungsfähig sind die Mehrkosten für einen medizinisch sinnvollen und wirtschaftlich vertretbaren Krankenrücktransport aus dem Ausland, z.B. wenn

- die Behandlung im Aufenthaltsland nicht nach den in Deutschland üblichen medizinischen Standards erfolgen kann oder
- die Dauer der Krankenhausbehandlung im Aufenthaltsland nach der Prognose des behandelnden Arztes voraussichtlich 14 Tage übersteigen würde oder
- die voraussichtlichen Kosten der weiteren Heilbehandlung im Aufenthaltsland die Kosten für den Rücktransport übersteigen würden.

Erstattungsfähig sind auch die Mehrkosten für den Rücktransport einer mitversicherten Begleitperson, soweit die Begleitung medizinisch erforderlich oder behördlich angeordnet oder seitens des ausführenden Transportunternehmens vorgeschrieben ist.

Als Mehrkosten gelten die durch den Eintritt des Versicherungsfalles für eine Rückkehr ins Inland zusätzlich entstehenden Kosten.

Der Krankenrücktransport muss nach Deutschland oder in das Land erfolgen, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Vor Durchführung des Rücktransports ist beim medizinischen Dienst der INTER (telefonisch erreichbar unter +49 (0)621 427-427) eine Leistungszusage einzuholen. Der medizinische Dienst trifft die Entscheidung über einen solchen Rücktransport und die Mitnahme einer Begleitperson im Einvernehmen mit dem am Ort behandelnden Arzt und veranlasst den Rücktransport. Anderenfalls sind die erstattungsfähigen Kosten auf 5.000 EUR bei Rücktransport aus dem europäischen Ausland und auf 10.000 EUR bei Rücktransport aus dem außereuropäischen Ausland begrenzt.

1.7 Überführung oder Bestattung im Todesfall

Zu 100 % erstattungsfähig sind bei Tod der versicherten Person während eines Auslandsaufenthaltes die Aufwendungen für ihre Überführung nach Deutschland oder in das Land, in dem sie zuletzt ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatte.

Wird die verstorbene Person nicht überführt, sind die Bestattungskosten bis zur Höhe der Aufwendungen erstattungsfähig, die bei einer Überführung an den Ort entstanden wären, an dem sie zuletzt ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatte.

1.8 Digitale Gesundheitsanwendungen

Hierbei handelt es sich um Medizinprodukte, deren Hauptfunktion im Wesentlichen auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

- I. **Zu 100 %** erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) unter folgenden Voraussetzungen:
 - a) die DiGA wurden vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommenund
 - b) die DiGA wurden von folgenden Leistungserbringern verordnet:
 - niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten,
 - approbierten Ärzten und Zahnärzten, die in einem auch zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig sind,

- approbierten psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten in eigener Praxis,
- staatlich geprüften Angehörigen von Gesundheitsfachberufen (z.B. Physiotherapeuten, Logopäden, Hebammen)

und

- c) die Höhe der Erstattung für die DiGA richtet sich nach der Vergütungsvereinbarung zwischen dem GKV- Spitzenverband und den Herstellern für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). Mehrkosten sind von den Versicherten selbst zu tragen.

- II. **Zu 100 %** erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, wenn es sich um digitale Gesundheitsanwendungen handelt, die nicht in dem Verzeichnis des BfArM aufgeführt sind, aber von den Leistungserbringern nach I b) verordnet wurden und über Kooperationspartner der INTER angeboten werden.
- III. Die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen werden je Verordnung (gemäß I.b)) für maximal 12 Monate erstattet. Danach ist eine erneute Verordnung von den Leistungserbringern erforderlich.

Nicht umfasst sind Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs, einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

Leistungen für digitale Pflegeanwendungen und ergänzende Unterstützungsleistungen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 78a Abs. 3 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI - siehe Anhang) in das Verzeichnis für digitale Pflegeanwendungen aufgenommen worden sind, sind nicht erstattungsfähig.

1.9 Telemedizin

Ambulante Heilbehandlungen nach Nr. 1.1 sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie telemedizinisch in Anspruch genommen werden.

2. Selbstbeteiligung

Von den tariflichen Leistungen für ambulante Heilbehandlung und für Digitale Gesundheitsanwendungen wird eine Selbstbeteiligung abgezogen. Sie beträgt **300 EUR** pro versicherte Person und Kalenderjahr.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, ermäßigt sich die Selbstbeteiligung für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat, in dem die Versicherung noch nicht bestand.

Ändert sich bei einem Tarifwechsel die betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung, 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, ermäßigt sich dadurch die Selbstbeteiligung nicht.

3. Serviceleistungen

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten werden über das INTER Service Center (telefonisch erreichbar unter 0621 427-427) umfangreiche Serviceleistungen angeboten:

Medizinische Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen,
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen,
- geplanten Krankenhausaufenthalten.

Unterstützung und Betreuung durch

- Benennung von ärztlichen, zahnärztlichen und Apotheken-Notdiensten,
- Benennung von Spezialisten, Fachkliniken, Rehabilitations- und Kureinrichtungen,
- aktive Hilfe bei der Suche nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten,
- Kontaktaufnahme zum Hausarzt, Beschaffung von Befunden und Untersuchungsergebnissen, Informationsvermittlung zwischen Ärzten,
- Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung,
- Hilfe bei der Beschaffung von ärztlich verordneten Medikamenten, Blutkonserven und Seren,
- Organisation und Transport von Eigenblutkonserven zum Krankenhaus,
- Benennung von Fach- und Pflegekräften, häuslichen Pflegediensten, Haushaltshilfen, Kinderbetreuern, Selbsthilfegruppen,
- Beratung bei Umschulungsmaßnahmen bei teilweiser Berufsunfähigkeit.

Betreuung bei Auslandsreisen

- 24-Stunden-Service mit Benennung von Ärzten, Dolmetschern, Krankenhäusern,
- ärztliche Betreuung, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt, Benachrichtigung von Angehörigen,
- Organisation von Transporten/Verlegung zum nächst erreichbaren Arzt/Krankenhaus,
- Organisation von Such-, Rettungs- und Bergungsmaßnahmen,

- Organisation eines notwendigen Auslandsrücktransports,
- Organisation einer Beisetzung im Ausland bzw. Überführung an den Heimatwohnsitz.

Außerdem bietet das INTER Gesundheitsmanagement über das Service Center auf Wunsch weitere Beratungs- und Organisationsleistungen:

- Unterstützung bei der Beschaffung von Hilfsmitteln,
- Betreuung und Organisation von Therapie und Pflege sowie Hilfe bei der Gestaltung des Umfelds des Patienten bei schweren Erkrankungen.

4. Anpassung des Versicherungsschutzes

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können bei einer Beitragsanpassung nach Teil I § 8 Abs. 5 bis 7 und unter den Voraussetzungen des Teil I § 19 Abs. 1 die nach Nr. 1 tariflich vorgesehenen Höchstbeträge sowie nach Nr. 1.2 c) ersatzweise vorgesehene Krankenhaustagegelder mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, den veränderten Verhältnissen mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders angepasst werden. Änderungen nach Satz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

C. Sonstige Bestimmungen

1. Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts

Abweichend von Teil I § 2 Abs. 5 gilt als Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts der Ablauf des zwölften Monats des Aufenthalts im Ausland.

2. Beitragsberechnung

Abweichend von Teil I § 8 Abs. 1 Satz 2 bemisst sich der zu entrichtende Beitrag nach der Altersgruppe, in die der Versicherte aufgrund seines tariflichen Alters (Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und aktuellem Jahr) einzustufen ist.

Eine Altersgruppe fasst in der Regel fünf Alter zusammen. Der zu entrichtende Beitrag ist dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. Nachtrag zum Versicherungsschein zu entnehmen.

Vom Beginn des Kalenderjahres an, in dem der Versicherte das 16., 21., 26., 31. bzw. 35. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag für das Alter 16, 21, 26, 31 bzw. 35 zu zahlen. Der Versicherungsnehmer erhält als Mitteilung jeweils einen Nachtrag zum Versicherungsschein.