

Informationsblatt zur Privaten Krankenversicherung

Tarif betriebliche KV MeinGesundheitsBudget kombi 600

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 und zahlt die Beiträge. Sie haben uns gegenüber aber den unmittelbaren Anspruch auf die Versicherungsleistungen.

2. Welche Versicherungsbedingungen gelten?

Grundlage sind die Versicherungsbedingungen für den abgeschlossenen Tarif.

Sie können die Versicherungsbedingungen beim Versicherungsnehmer erhalten.

3. Welcher Versicherungsschutz ist vereinbart?

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

Der Tarif sieht ein Jahresbudget in Höhe von 600 EUR pro Person und Versicherungsjahr vor.

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Es endet am 31. Dezember desselben Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

Die Erstattung der nachfolgend aufgeführten versicherten Leistungen erfolgt maximal bis zu dem oben genannten Gesamtbetrag in Höhe von 600 EUR. Die versicherten Leistungen können Sie bis zu diesem Gesamtbetrag jeweils flexibel nach Ihrem Bedarf in Anspruch nehmen. Nach Erreichen der Obergrenze erfolgt keine Erstattung mehr. Vorleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder einer privaten Krankenversicherung (PKV) werden angerechnet. Ansprüche gegen die gesetzliche Krankenversicherung, die gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung sowie die gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge gehen unserer Zahlung vor.

Versichert sind

- 100 % für ambulante Naturheilverfahren (z.B. Chirotherapie, Chiropraktik, Osteopathie) durch Ärzte nach dem jeweils aktuellen Hufeland-Leistungsverzeichnis und nach den darin genannten Nummern und allgemeine Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bis zu den Höchstsätzen der GOÄ, sowie durch Heilpraktiker bis zu den Höchstbeträgen des jeweils aktuellen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH)
- 100 % verordnete für Heilmittel (z.B. Physiotherapie, Ergotherapie) durch Ärzte, Heilpraktiker oder Angehörige staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe
- 100 % für Sehhilfen, maximal 200 EUR pro Versicherungsjahr

- 100 % für ambulant durchgeführte operative Sehschärfenkorrekturen (z.B. Lasik, Femtolaser), bis zu den Höchstsätzen der GOÄ
- 100 % für verordnete Hilfsmittel (z.B. orthopädische Einlagen, Hörhilfen, Bandagen), die im aktuellen Hilfsmittelverzeichnis nach § 139 SGB V enthalten sind sowie für Kommunikationshilfen nach der Kommunikationshilfenverordnung (z.B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher), sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist
- 100 % für verordnete Arzneimittel und Verbandmaterialien
- 100 % für die Heimdialysepauschale (einschließlich des Heimdialysegerätes)
- 100 % für Zuzahlungen von gesetzlich Krankenversicherten, die nach § 61 SGB V zu Arznei-, Verband-, Hilfs- und Heilmitteln zu leisten sind
- 100 % für Zahnbehandlung (z.B. konservierende Leistungen, Wurzelkanal-Behandlungen, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums)
- 100 % für Prophylaxe und Zahnaufhellung (Bleaching), maximal 100 EUR pro Versicherungsjahr
- 100 % für Aufbissbehelfe und Schienen sowie die damit in direktem Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und –therapeutischen Leistungen (keine Leistungen, wenn sie im Zusammenhang mit Zahnersatz oder Inlays erbracht werden)
- 100 % für schmerzlindernde Behandlungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung (z.B. zahnärztliche Akupunktur, Dämmerschlaf, Hypnose, Vollnarkose)
- 100 % für zahntechnische Leistungen zu bundesweit üblichen Preisen, Materialkosten zum Herstellerpreis

Die Vergütung für zahnärztliche Leistungen ist bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und GOÄ erstattungsfähig.

4. Welche Leistungen sind ausgeschlossen?

Nicht alle Sachverhalte sind vom Versicherungsschutz umfasst. Beispielsweise ist unsere Leistungspflicht in folgenden Fällen ausgeschlossen:

- Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder (nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß).

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

5. Wann beginnt und endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem auf Ihrer Versichertenbescheinigung angegebenen Zeitpunkt.

Der Versicherungsvertrag ist befristet. Er endet deshalb bei Renteneintritt, aber spätestens mit Ablauf des Monats, in dem Sie 70 Jahre alt werden. Außerdem endet der Versicherungsschutz durch Kündigung des Versicherungsvertrages durch den Versicherungsnehmer oder mit Ihrem Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages. Die vertraglichen Beendigungsgründe sind umfassend in den Versicherungsbedingungen geregelt.

6. Wie können Rechnungen für in Anspruch genommene Leistungen eingereicht werden?

Das geht ganz bequem mit der Allianz Gesundheits-App. Einfach Rechnung abfotografieren und digital zur Erstattung einreichen. Suchen Sie in Ihrem App-Store für iOS oder Android nach „Allianz Gesundheits-App“, laden diese herunter und registrieren Sie sich in wenigen Schritten.