

Informationsblatt zur Privaten Krankenversicherung Tarif betriebliche KV MeineGesundheit 600 (FF1ZX06)

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. Reichen Sie für ein volles Kalenderjahr / Versicherungsjahr keine Rechnungen ein, erfolgt eine Verdopplung des Jahresbudget im Folgejahr auf 1200 EUR. Dieses erhöhte Budget bleibt so lange unverändert, bis Sie eine Rechnung einreichen. Dann haben Sie im Folgejahr wieder 600 EUR Jahresbudget zur Verfügung.

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 oder bei Verdopplung auf 1200 EUR.

Die versicherten Leistungen können Sie bis zu diesem Gesamtbetrag jeweils flexibel nach Ihrem Bedarf in Anspruch nehmen. Ansprüche gegen die gesetzliche Krankenversicherung, die gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung sowie die gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge gehen unserer Zahlung vor.

Versichert sind

- 100% für Vorsorge-Untersuchungen (z.B. Untersuchung zur Krebs-Früherkennung, internistische Check-ups, Untersuchungen zur Schwangerenvorsorge) und ambulante ärztliche Leistungen durch Ärzte nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.
- 100 % der Kosten (einschließlich des Impfstoffs) für Malaria-Prophylaxe, Schutz-Impfungen nach der Empfehlungs-Liste der STIKO am Robert-Koch-Institut oder Reise-Impfungen.
- 100 % der Kosten für Gesundheitskurse, beispielsweise zur Sucht-Prävention, Stress-Bewältigung und Bewegungs-Programme.
- 100% für Naturheilverfahren (z.B. Chirotherapie, Chiropraktik, Osteopathie) durch Ärzte nach dem aktuellen Hufeland-Leistungsverzeichnis.

- 100% für Heilpraktiker Leistungen 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 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 z.B. zu Arznei-, Verband-, Hilfs- und Heilmitteln; Krankenhausbehandlung zu leisten sind.

- 75 % für Sehhilfen und 100 % für ambulant durchgeführte operative Sehschärfenkorrekturen (z.B. Lasik, Femtolaser), bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.

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).
- Behandlungen von vorsätzlich verursachten Krankheiten und Unfällen.

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. Der Versicherungsschutz endet durch Kündigung des Versicherungsvertrages durch den Versicherungsnehmer oder mit Ihrem Ausscheiden aus dem versicherbaren Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrags. 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.