

Tarif koop VHS

Ergänzungstarif für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Rahmen eines Kollektivvertrags

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif koop VHS sind ausschließlich Personen, die bei einem Kooperationspartner der HanseMerkur Krankenversicherung AG gesetzlich krankenversichert sind und dort Anspruch auf ärztliche Behandlung haben.

Endet für eine versicherte Person der Versicherungsschutz bei diesem Kooperationspartner oder endet der Kollektivvertrag zwischen dem Kooperationspartner und der HanseMerkur Krankenversicherung AG, so endet der Versicherungsschutz nach Tarif koop VHS zum Ende des Monats, in dem der Wegfall der Voraussetzungen eingetreten ist; die Versicherung wird im Rahmen der Einzelversicherung in einem vom Leistungsumfang her vergleichbaren Tarif der HanseMerkur Krankenversicherung AG fortgeführt, sofern für die versicherte Person weiterhin Versicherungsschutz in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) besteht. Der während der Versicherung beim Kooperationspartner bestehende Beitragsnachlass entfällt mit der Umstellung in einen Tarif der Einzelversicherung.

Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, die Beendigung des Versicherungsschutzes einer versicherten Person bei dem Kooperationspartner bzw. bei der GKV unverzüglich mitzuteilen.

B. Versicherungsleistungen

1. Sehhilfen / Refraktive Eingriffe und Laserbehandlungen zur Korrektur der Fehlsichtigkeit

1.1. Sehhilfen

Der Versicherer erstattet **100 %** der Aufwendungen für Sehhilfen.

Die Erstattung ist auf **200 EUR pro Kalenderjahr** begrenzt.

Bei einer Vorleistung der GKV werden nur die verbleibenden Aufwendungen erstattet.

Erfolgt keine Vorleistung der GKV und ist seit dem letzten Bezug einer Sehhilfe keine Veränderung der Sehschärfe um mindestens 0,5 Dioptrien eingetreten, ist die Erstattung auf **200 EUR innerhalb von 24 Monaten** begrenzt.

1.2. Refraktive Eingriffe und Laserbehandlungen zur Korrektur der Fehlsichtigkeit

(wie LASEK- und LASIK-Operationen, Implantation einer Linse auf die körpereigene Linse oder refraktiver Linsenaustausch zur Korrektur der Fehlsichtigkeit. Laserbehandlungen anderer Augenerkrankungen wie z. B. Katarakt oder Netzhautablösung gehören nicht zu den refraktiven Eingriffen.)

Der Versicherer erstattet **100 %** der Aufwendungen **bis zu 400 EUR**.

In den ersten zwei Versicherungsjahren ist die Erstattung auf **200 EUR begrenzt**.

1.3. Allgemeines

Insgesamt ist die Erstattung der Aufwendungen für Leistungen in B. 1. auf **400 EUR innerhalb von 48 Monaten begrenzt**.

2. Vorsorgeuntersuchungen

Unabhängig von den §§ 1 (2) und 5 (2) der AVB/KS erstattet der Versicherer auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bei den nachfolgend abschließend genannten ambulanten Vorsorgeuntersuchungen **100 %** der Aufwendungen **bis zu 400 EUR innerhalb von 24 Monaten**.

Für Kinder (Alter 0 - 14 Jahre):

Zusätzliche Kindervorsorgeuntersuchung im Alter von 8, 10, 12 und 14 Jahren (jeweils einmalig).

Für Jugendliche (Alter 15 - 19 Jahre):

Eine zusätzliche Jugenduntersuchung (Vergütung analog einer Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten eines Erwachsenen).

Für Erwachsene:

- Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten; Lungenfunktionsprüfung; Belastungs-EKG; Ultraschall des Abdomens, des Herzens und der Schilddrüse; Untersuchung verschiedener Blut- und Stoffwechselwerte (Glukose, CRP, Gesamt-Cholesterin, HDL-, LDL-Cholesterin, Harnsäure, Harnstoff, Kreatinin, Gamma-GT, GPT, GOT); Untersuchung von Urin

- Erweiterte Krebsvorsorge für Frauen:
Gynäkologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Organe des kleinen Beckens (Rektum, Harnblase, Ovarien, Uterus) und der Nieren; Untersuchung von Urin und Vaginalsekret; Blutuntersuchung
- Ultraschalluntersuchung zur Brustkrebsfrüherkennung
- Erweiterte Krebsvorsorge für Männer:
Urologische Anamnese und Beratung; Ultraschall der Prostata und der Nieren; Untersuchung von Urin; PSA-Test; Blutuntersuchung
- Vorsorgeuntersuchung auf Hautkrebs
- Untersuchung zur Glaukom-Früherkennung
- HIV-Test
- Doppler-Sonographie zur Schlaganfallvorsorge
- Hirnleistungscheck zur Früherkennung einer Demenz (Brain-Check)
- Osteoporose-Prävention:
 1. Beratung
 2. Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)
- Ultraschall zur Prüfung der Vitalität des Fötus in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche
- Triple-Test zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Fötus außerhalb der GKV-Leistungspflicht
- Audiometrie (Hörtest)

3. Hörhilfen

Der Versicherer erstattet **100 %** der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für Hörhilfen sowie für deren Reparatur und Wartung. Erfolgt keine Vorleistung der GKV, besteht kein Leistungsanspruch. Die Vorleistung ist durch einen geeigneten Nachweis anzuzeigen.

Die Erstattung ist auf **500 EUR innerhalb von 60 Monaten** sowie auf **200 EUR in den ersten zwei Versicherungsjahren begrenzt**.

C. Beiträge

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrags nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr des Versicherungsbeginns und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 19. bzw. das 69. Lebensjahr vollendet, ist der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu entrichten. In diesen Fällen besteht gemäß § 13 (3) AVB/KS ein außerordentliches Kündigungsrecht.

Die Bestimmungen zur Beitragsanpassung gemäß § 8b AVB/KS bleiben hiervon unberührt.