

Anlage 1 – AVB Optimierungen

Im Detail werden folgende AVB Änderungen mit Einführung der Unisex-Tarife sowohl für den Bestand als auch für das Neugeschäft umgesetzt:

1. Ausland

Was hat sich für Ihren Kunden geändert?

Künftig besteht Versicherungsschutz im außereuropäischen Ausland von Versicherungsbeginn an für die ersten sechs Monate des Auslandsaufenthaltes. Eine Mindestversicherungszeit von zwölf Monaten ist nicht mehr erforderlich.

Geänderter Abschnitt aus den AVB (Fundstelle z.B. MB/KK Teil II § 1 Abs. 4.1)

AVB Text alt	AVB Text neu
4.1 Ist der Vertrag bei Beginn des Auslandsaufenthaltes seit 12 Monaten in Kraft, besteht Versicherungsschutz während der ersten sechs Monate des vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland. Muss ein vorübergehender Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über die in Abs. 4 Satz 3 bzw. in Satz 1 genannte Frist hinaus ausgedehnt werden, besteht abweichend von Abs. 4 Satz 4 Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.	4.1 Abweichend von Abs. 4 besteht Versicherungsschutz (vgl. § 2 Abs. 1, § 3) während der ersten sechs Monate des vorübergehenden Aufenthaltes im außer-europäischen Ausland. Muss ein vorübergehender Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über die ersten sechs Monate des Aufenthaltes hinaus ausgedehnt werden, besteht abweichend von Abs. 4 Satz 4 Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.

2. Kindernachversicherung

Was hat sich für Ihren Kunden geändert?

Die notwendige Mindestversicherungszeit eines Elternteils gilt künftig als erfüllt, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung die 20. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet war. Diese zusätzliche Möglichkeit die Mindestversicherungszeit zu erfüllen, hat den großen Vorteil, dass dem Kunden auch im Falle einer Frühgeburt die Nachversicherungsoptionen für das Kind zur Verfügung stehen.

Geänderter Abschnitt aus den AVB (Fundstelle z.B. MB/KK Teil II §2 Abs. 2)

AVB Text alt	AVB Text neu
<p>2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.</p>	<p>2.1 Abweichend von Abs. 2 beginnt bei Neugeborenen der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne Einhaltung der Mindestversicherungszeit eines Elternteils von drei Monaten, wenn der Versicherungsantrag angenommen wurde und zum Zeitpunkt der Antragstellung die 20. Schwangerschaftswoche noch nicht vollendet war.</p> <p>2.2 Bei Anmeldung eines Neugeborenen zur Versicherung nach Abs. 2 und Abs. 2.1 besteht Versicherungsschutz auch für Geburtschäden und angeborene Krankheiten.</p>

3. Besonderes Highlight für die Tarife MediVita und MAX:

Was hat sich für Ihren Kunden geändert?

In den entsprechenden AVB Teil III wurde für die Tarife MediVita und MAX zudem eine weitere Optimierung vorgenommen. Bei der Kindernachversicherung kann Ihr Kunde nun für sein Kind – ebenfalls ohne Gesundheitsprüfung im Rahmen der Kindernachversicherung – eine günstigere Selbstbeteiligungsstufe als im eigenen Vertrag wählen. Dies gibt Ihrem Kunden eine größere Flexibilität in der Vertragsgestaltung und Absicherung des Kindes.

Geänderter Abschnitt aus den AVB (Fundstelle z.B. MediVita Tarifbedingungen Teil III B)

AVB Text alt	AVB Text neu
<p>Die Selbstbeteiligung für ambulante Behandlung (vgl. Abschnitt A. 1 bis 3) beträgt pro Person und Kalenderjahr insgesamt in Tarifstufe MediVita 250 MediVita 500</p> <p style="text-align: center;">250 EUR 500 EUR</p> <p>Auf die Selbstbeteiligung angerechnet werden nur die erstattungsfähigen Aufwendungen (vgl. Abschnitt C.1).</p> <p>Für versicherte Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, beträgt die Selbstbeteiligung die Hälfte, also 125 EUR (Tarifstufe MediVita 250) und 250 EUR (Tarifstufe MediVita 500), jeweils bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird.</p>	<p>Die Selbstbeteiligung für ambulante Behandlung (vgl. Abschnitt A. 1 bis 3) beträgt pro Person und Kalenderjahr insgesamt in Tarifstufe MediVita 250 MediVita 500</p> <p style="text-align: center;">250 EUR 500 EUR</p> <p>Auf die Selbstbeteiligung angerechnet werden nur die erstattungsfähigen Aufwendungen (vgl. Abschnitt C.1).</p> <p>Für versicherte Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben (Kinder und Jugendliche), beträgt die Selbstbeteiligung die Hälfte, also 125 EUR (Tarifstufe MediVita 250) und 250 EUR (Tarifstufe MediVita 500), jeweils bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 21. Lebensjahr vollendet wird.</p> <p>Bei Versicherung eines Neugeborenen (vgl. § 2 Abs. 2 AVB) hat der Versicherungsnehmer die Wahl zwischen den abschließbaren Tarifstufen mit der für Kinder und Jugendlichen geltenden Selbstbeteiligung.</p>

4. Leistungen in Krankenhausambulanzen

Was hat sich für Ihren Kunden geändert?

Ambulante Behandlungsleistungen in Krankenhausambulanzen und medizinische Versorgungszentren können beansprucht werden, wenn auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte liquidiert und eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung nachgewiesen ist.

Geänderter Abschnitt aus den AVB (Fundstelle z.B. MB/KK Teil II § 4 Abs. 2.1 ff.)

AVB Text alt	AVB Text neu
2.1 Arztkosten sind innerhalb des Gebührenrahmens der in der Bundesrepublik gültigen Gebührenordnungen erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vor sieht. Heilpraktikerkosten sind im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker erstattungsfähig, so fern der Tarif nichts anderes vorsieht. 2.2 2.3 ...	2.4 Aufwendungen für ambulante Heilbehandlungen sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie von den in Abs. 4 genannten Krankenhäusern (Krankenhausambulanzen), oder medizinischen Versorgungszentren durchgeführt werden, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.

5. Gemischte Anstalten / AHB

Was hat sich für Ihren Kunden geändert?

Der Absatz 5.1 sichert Ihrem Kunden zu, dass – im Gegensatz zur bisherigen Regelung – unter den definierten Umständen auch bei Behandlungen in so genannten gemischten Anstalten ohne vorherige, schriftliche Leistungszusage, Leistungen erbracht werden.

Der Absatz 5.2 gewährt Ihrem Kunden zudem einen Überblick darüber, in welchen Fällen die Gothaer Krankenversicherung medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlungen übernimmt.

Insgesamt führen diese Änderungen zu mehr Transparenz für Ihre Kunden.

Geänderter Abschnitt aus den AVB (Fundstelle z.B. MB/KK Teil II § 4 Abs. 5)

AVB Text alt	AVB Text neu
<p>5.Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zu gesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und Sanatorien geleistet.</p>	<p>5.1 Abweichend von Abs. 5 wird sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) es sich um eine akute Notfalleinweisung handelt (z. B. Unfall, lebensbedrohlicher Krankheitszustand wie Herzinfarkt) oder b) ausschließlich medizinisch notwendige Krankenhausbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Krankenhausbehandlungen dieser akuten Erkrankung begrenzt. <p>5.2 Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung (AHB) sind erstattungsfähig, wenn sich die Behandlung innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, anschließt. Für eine medizinisch notwendige AHB erteilt der Versicherer eine vorherige schriftliche Zusage, wenn eine der folgenden Erkrankungen (Diagnosen) vorliegt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organtransplantation (Herz, Leber, Lunge, Niere, Bauchspeicheldrüse), - Schwere Herzoperation mit Herz- Lungenmaschine, schwerer Herzinfarkt, Herzklappen- /Bypassoperation, Operation am arteriellen Gefäßsystem, - Amputation (z. B. ganze Hand, Arm, ganzer Fuß, Bein), - Endoprothese (Hüfte, Knie, Schulter), - Umstellungsosteotomie (Hüfte, Knie), - Wirbelfrakturen und Wirbelsäulenoperationen, - Querschnittslähmung, Schlaganfall, Unfall mit schweren Schädel-/Hirnverletzung/- blutungen, - Krebsoperationen sowie Chemo-/Strahlentherapie. <p>Bei Vorliegen der vorgenannten Diagnosen prüft der Versicherer auch für welche Dauer unter Berücksichtigung der Art und Schwere der Erkrankung eine vorherige schriftliche Zusage erteilt wird. Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger (vgl. auch § 5 Abs. 1 d), Abs. 1.2 und Abs. 3), so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.</p>

6. Weiterversicherungsmöglichkeiten

Was hat sich für Ihren Kunden geändert?

Der ergänzende Absatz 3.1 räumt Ihrem Kunden künftig das Recht ein, im Falle des Eintritts der Versicherungspflicht in der GKV, den Teil des bisherigen Versicherungsschutzes, der von der GKV nicht gedeckt wird (z.B. Einbettzimmer, Chefarztbehandlung), in Form entsprechender Zusatzversicherungen bei der Gothaer abzuschließen und zwar ohne erneute Gesundheitsprüfung.

Hinweis: Der Antrag auf Fortsetzung des Vertrags in Form einer Zusatzversicherung muss gleichzeitig mit der Kündigung gestellt werden. Sollten die Zusatzversicherungen Mehrleistungen im Vergleich zum bisherigen Versicherungsschutz enthalten, unterliegen diese Mehrleistungen weiterhin einer Risikoprüfung.

Geänderter Abschnitt aus den AVB (Fundstelle z.B. MB/KK § 13 Abs. 3)

<u>AVB Text alt</u>	<u>AVB Text neu</u>
<p>3. Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflichtige steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.</p>	<p>3.1 Versicherte Personen, die von ihrem Kündigungsrecht nach Abs. 3 Gebrauch machen, haben das Recht, den nicht durch die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes in Krankheitskostenversicherungen des Versicherers, für die Versicherungsfähigkeit besteht, fortzuführen. Das Recht besteht nur, wenn der Antrag auf Fortsetzung gleichzeitig mit der Kündigung erklärt wird. Der Versicherungsschutz beginnt frühestens zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (vgl. § 8a Abs. 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden.</p>

7. Stationärer Krankentransport

Was hat sich für Ihren Kunden geändert?

Es wurde klargestellt, dass ein Krankentransport im Notfallrettungsdienst mit geeigneten Transportmitteln im Leistungsumfang enthalten ist. Dies ist wesentlich weiter gefasst, als die bisherige Formulierung. Somit wird Ihrem Kunden künftig – falls medizinisch notwendig – auch ein Krankentransport im Notfallrettungsdienst z.B. per Flugzeug erstattet.

Geänderter Abschnitt aus den AVB (Fundstelle z.B. MediVita Tarifbedingungen Teil III A 4.1)

<u>AVB Text alt</u>	<u>AVB Text neu</u>
100% der Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistungen, Transport zur stationären Behandlung mit dem Krankenwagen, im Notfallrettungsdienst auch mit dem Hubschrauber. Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den Transport je Versicherungsfall bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Wird nicht das nächstgelegene geeignete Krankenhaus gewählt, werden darüber hinaus die Aufwendungen für den Transport von maximal weiteren 100 km erstattet.	100% der Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistungen, Krankentransporte zur stationären Behandlung und im Notfallrettungsdienst mit geeigneten Transportmitteln (z. B. Krankentransportwagen, Hubschrauber, Flugzeug). Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den Transport je Versicherungsfall bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus. Wird nicht das nächstgelegene geeignete Krankenhaus gewählt, werden darüber hinaus die Aufwendungen für den Transport von maximal weiteren 100 km erstattet.