

Wichtige Hinweise auf Besonderheiten des Leistungsumfangs

Merkblatt zum Tarif MediStart 1

Stand: 01/2010

Merkblatt zum Tarif MediStart 1

Wichtige Hinweise auf Besonderheiten des Leistungsumfangs

Bitte nehmen Sie dieses Blatt zu Ihren Versicherungsunterlagen!

Mit Ausnahme von Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld-, Auslandsreisekranken-, Vorsorge- und/oder Pflegeversicherungen darf neben Tarif MediStart 1 keine weitere stationäre Ergänzungsversicherung bei der Gothaer Krankenversicherung AG oder einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen abgeschlossen oder fortgeführt werden.

Das tarifliche Optionsrecht (Vertragsumstellung ohne Risikoprüfung nach 24 bzw. 36 Monaten) gilt nicht für Personen, für die bereits eine Vollkostenversicherung bei der Gothaer Krankenversicherung bestand (siehe Tarifbedingungen Teil III MediStart 1, Optionsrecht).

☐ Tarif MediStart 1 SB*

☐ Tarif MediStart 1 BO*

Selbstbeteiligung pro Kalenderjahr	Bonusleistung pro Kalenderjahr
Die Selbstbeteiligung beträgt für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlung 480 EUR je Person und Kalenderjahr.	Die Ausschüttung der garantierten jährlichen Beitragsrückerstattung (Bonus) von maximal 480 EUR erfolgt in gleichen monatlichen Teilbeträgen von 40 EUR auf das von Ihnen benannte inländische Konto. Voraussetzung für die Berechtigung ist die Vereinbarung des Lastschriftverfahrens. Bei Leistungssperre, Anwartschaftsversicherung oder Ruhensvereinbarung besteht kein Anspruch auf Bonuszahlung. Bei <u>Leistungsinanspruchnahme</u> wird die monatliche Bonuszahlung unverändert fortgeführt. Vom Erstattungsbetrag werden jedoch bis zu 480 EUR pro Kalenderjahr abgezogen.

* Zutreffende Tarifstufe bitte ankreuzen.

1. Hausarztprinzip:

Ein Arzt für Allgemeinmedizin / praktischer Arzt oder hausärztlich tätiger Internist muss als Erstbehandler aufgesucht werden, wenn die Folgebehandlung durch einen weiteren Facharzt zu **100 %** erstattet werden soll. Die Erstbehandlung kann durch die Behandlungsrechnung oder durch eine Überweisung nachgewiesen werden. Die Überweisung zu einem Facharzt bzw. der Nachweis durch die Behandlungsrechnung eines Erstbehandlers ist für eine Behandlungsdauer von maximal drei Monaten gültig. Danach ist eine erneute Überweisung vom Hausarzt erforderlich.

Name/Anschrift des Hausarztes: _____

Handelt es sich um einen **Internisten (s.o.)?** nein ☐ ja ☐

Wird unmittelbar ein Facharzt ohne Erstbehandlung in Anspruch genommen, beträgt der Erstattungssatz **75 %**.

Ausnahmen:

Ein Facharzt für Frauenheilkunde, Augenheilkunde, Kinderheilkunde, ein Notarzt, Bereitschaftsarzt oder Vertragsarzt des Versicherers kann mit **100 %igem** Erstattungsanspruch unmittelbar, d.h. ohne Erstbehandlung durch den Hausarzt aufgesucht werden.

- Bei ambulanter Psychotherapie werden **75 %** der Kosten von **20 Sitzungen** je Kalenderjahr übernommen.
- Heilpraktikerleistungen sind im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker einschließlich der verordneten Arznei- und Heilmittel, soweit diese im Heilmittelverzeichnis des Tarifs aufgeführt sind, zu **75 %** bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.000 EUR** pro Kalenderjahr erstattungsfähig. (Erstattungsbetrag max. 750 EUR)
- Für Arznei- und Verbandmittel beträgt der Erstattungssatz **75 %** bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.000 EUR** im Kalenderjahr, darüber hinaus 100 %.
Für Heilmittel im Rahmen des Heilmittelverzeichnisses des Tarifs und bis zu den dort genannten Höchstbeträgen beträgt der Erstattungssatz **75 %**.
- Sehhilfen (Brillen und Kontaktlinsen) sind einmalig innerhalb von 36 Monaten bis zu einem Rechnungsbetrag von **50 EUR** zu 100 % erstattungsfähig.
Für orthopädische Schuhe beträgt der Erstattungssatz **75 %** bis zu einem Rechnungsbetrag von **150 EUR** pro Kalenderjahr.
Für Hörgeräte und Krankenfahrräder beträgt der Erstattungssatz **75 %** jeweils bis zu einem Rechnungsbetrag von **1.500 EUR**.
Sonstige Hilfsmittel in einfacher Ausführung sind bei Kauf zu **75 %**, bei leihweisem Bezug zu 100 % erstattungsfähig.
Sofern die Kosten für den Erwerb von Hilfsmitteln voraussichtlich mehr als **500 EUR** betragen, müssen sie vor der Anschaffung beantragt werden. Ohne vorherige schriftliche Zustimmung des Versicherers werden **50 %** der tariflichen Leistung erbracht.
- Bei stationärer Behandlung sind die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen versichert. Es besteht kein Erstattungsanspruch bezüglich Wahlleistungen für bessere Unterbringung und für privatärztliche Behandlung.

Die Kosten bei stationärer Psychotherapie werden für max. 6 Wochen Aufenthaltsdauer zu 100 % erstattet, darüber hinaus nur nach schriftlicher Zustimmung des Versicherers zu **50 %**.

7. Zahnbehandlung (außer Einlagefüllungen und Zahnkronen) wird zu 100 % erstattet.

8. Für Zahnersatz (inkl. Einlagefüllungen und Zahnkronen) und Kieferorthopädie beträgt der Erstattungssatz

70 % von insgesamt

- **1.500 EUR** Rechnungsbetrag in den ersten beiden Versicherungsjahren,
- **3.000 EUR** Rechnungsbetrag in den ersten vier Versicherungsjahren,
- **6.000 EUR** Rechnungsbetrag ab dem fünften Versicherungsjahr für einen Zeitraum von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Jahren.

Vor Behandlungsbeginn muss ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Wird die Behandlung vor der schriftlichen Entscheidung des Versicherers begonnen, wird die tarifliche Leistung nur zu **50 %** erbracht.

9. Für zahntechnische Leistungen (auch in Zusammenhang mit Zahnbehandlung) im Rahmen und bis zu den im Leistungsverzeichnis des Tarifs MediStart 1 genannten Höchstbeträgen beträgt der Erstattungssatz **70 %**.

10. Der Erstattungssatz unter Punkt 8. und 9. verringert sich jeweils im Folgejahr um 5 %-Punkte auf minimal **50 %**, wenn nicht je Kalenderjahr mindestens ein Zahnarztbesuch nachgewiesen wird.

Werden Zahnarztbesuche nachgewiesen, erhöht sich der Erstattungssatz je Kalenderjahr um 5 %-Punkte auf maximal 70 %.

Der Nachweis über den jährlichen Zahnarztbesuch kann durch bereitgestellte Formulare des Versicherers, Rechnungsbelege oder Bestätigung vom Zahnarzt erfolgen und sollte stets dem Heil- und Kostenplan beigelegt werden.

Bitte beachten Sie wegen weiterer Einzelheiten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(Teil I Musterbedingungen 2009, Teil II Tarifbedingungen und Teil III Tarif MediStart 1).

Ich habe die Besonderheiten des Leistungsumfangs zur Kenntnis genommen.

Datum	Unterschrift Versicherungsnehmer	Versicherungsnummer
-------	----------------------------------	---------------------

1. Exemplar für Gothaer · 2. Exemplar für Versicherungsnehmer / versicherte Person

