

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die PlusCard Versicherung

- Stand: 1. April 2022 -

A Versicherungsbedingungen

für die Tarife PlusCard comfort/PlusCard comfort Family; PlusCard select/PlusCard select Family; PlusCard premium/PlusCard premium Family; PlusCard prevent/PlusCard prevent Family

B Tarifbedingungen

- 1 Tarif PlusCard comfort/PlusCard comfort Family
- 2 Tarif PlusCard select/PlusCard select Family
- 3 Tarif PlusCard premium/PlusCard premium Family
- 4 Tarif PlusCard prevent/PlusCard prevent Family

A Versicherungsbedingungen

für die Tarife PlusCard comfort/PlusCard comfort Family; PlusCard select/PlusCard select Family; PlusCard premium/PlusCard premium Family; PlusCard prevent/PlusCard prevent Family

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im jeweiligen Tarif genannte Ereignisse. Im Versicherungsfall beteiligt sich der Versicherer an den Aufwendungen für die Unterbringung in Krankenhäusern, die der Bundespflegesatzverordnung (BPFV) beziehungsweise dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der jeweils gültigen Fassung unterliegen, sowie Partnern und Familienmitgliedern des WfG-Netzwerks gemäß den Tarifbedingungen und sonst vereinbarte Leistungen.

(2) Versicherungsfall ist die stationäre medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen und die Entbindung. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gilt auch die Einholung einer Zweitmeinung sowie Präventionsleistungen in einer Einrichtung gemäß den Tarifbedingungen.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Informationsschreiben an die versicherten Mitarbeiter bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Für Versicherungsfälle, die vor dem Versicherungsbeginn eingetreten sind, wird nicht geleistet. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 und 2 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Informationsschreiben an die versicherten Mitarbeiter bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Für Versicherungsfälle, die vor dem Versicherungsbeginn eingetreten sind, wird nicht geleistet. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 und 2 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 3 Wartezeit

Der Versicherer verzichtet auf Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem jeweiligen Tarif mit Tarifbedingungen.

(2) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(3) Der Versicherer gibt auf Verlangen der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung in einem Krankenhaus eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind. Aufwendungen, die durch Terrorakte, innere Unruhen oder kriegerische Handlungen verursacht sind, werden im tariflichen Umfang erstattet;

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren; der Versicherer erstattet Aufwendungen für medizinisch notwendige Entgiftungsbehandlungen im tariflichen Umfang;

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.

- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
- e) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- f) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- g) solange die versicherte Person die Einwilligung in die Erhebung, Speicherung und Nutzung von Gesundheitsdaten zum Zweck der Leistungsbearbeitung im Rahmen der betrieblichen Krankenversicherung nicht erteilt hat.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

(3) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

(4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

(5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses sowie mit Beendigung des „Versicherungsvertrags PlusCard-Tarife“ zwischen dem Arbeitgeber und dem Versicherer. Für Versicherungsfälle, die vor dem Zeitpunkt des Vertragsendes eingetreten sind, besteht der Versicherungsschutz weiter bis zu deren Beendigung.

§ 8 Obliegenheiten

(1) Die versicherte Person hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

(2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist die versicherte Person verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(5) Die versicherte Person ist verpflichtet, dem Versicherer die Einholung von erforderlichen Auskünften zu ermöglichen (insbesondere durch Entbindung von der Schweigepflicht).

§ 9 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 8 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird die in § 8 Abs. 4 genannte Obliegenheit verletzt, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

§ 10 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Die versicherte Person hat ihren Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht der versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 11 Ende der Versicherung

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Wegfall der in den Tarifbedingungen (Abschnitt B) geregelten Versicherungsfähigkeit.

(2) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod der versicherten Person. Wenn der Mitarbeiter verstirbt, endet auch das Versicherungsverhältnis der Familienmitglieder.

§ 12 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 13 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen die versicherte Person ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem diese ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt der versicherten Person oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.