Debeka
Versichern und Bausparen

Debeka
Krankenversicherungsverein a. G.

Tarifbedingungen für die PlusCard Versicherung Teil II

Tarif PlusCard prevent/ PlusCard prevent Family

– Stand: 1. November 2026 –

Teil I sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die PlusCard Versicherung

1 Versicherungsleistungen

Die Debeka stellt im Rahmen des PlusCard-Tarifwerks Versicherungsschutz für folgende Leistungen zur Verfügung:

1.1 Aufwendungen für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen bei einer stationären Krankenhausbehandlung und stationären Entbindung zu 100 Prozent

1.2 Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer zu 100 Prozent

1.3 Aufwendungen für gesondert berechenbare wahlärztliche Leistungen für ambulante Operationen und stationsersetzende Eingriffe zu 100 Prozent. Voraussetzung hierfür ist, dass durch diese Maßnahme eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden wird.

1.4 Aufwendungen für die Einholung und Erstellung einer fachärztlichen Zweitmeinung. Erstattungsfähig sind nur die Ziffern 85 und 95 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

1.5 Aufwendungen für Präventionsleistungen (Prevent-Check-Ups). Der Prevent-Check-Up beinhaltet unter anderem Ernährungsberatung, EKG, Lungenfunktion, Ultraschall Herz und weitere Organe, Hautkrebsvorsorge.

Anmerkung zu 1.1 bis 1.5

Die stationäre Behandlung, ambulante Operation, der stationsersetzende Eingriff oder die Entbindung kann in einer Partnerklinik des PlusCard-Netzwerks oder einem anderen Krankenhaus gemäß § 1 der Versicherungsbedingungen erfolgen.

Die Leistungen der Nummern 1.4 und 1.5 werden nur erstattet, wenn sie in einer Einrichtung/Partnerklinik* im Rahmen des PlusCard-Netzwerks erbracht werden.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die der GOÄ in der jeweils gültigen Fassung entsprechen.

Von den Gebührenordnungen abweichende Vergütungen (zum Beispiel, wenn Begründungen bei begründungspflichtigen Vergütungen fehlen) und Mehraufwendungen aufgrund von Vergütungsvereinbarungen erstattet der Versicherer nicht.

* Ein Verzeichnis der Partnerkliniken finden Sie auf folgender Website: https://www.wir-fuer-gesundheit.de/

2 Beitragsfreiheit bei vollem Versicherungsschutz für Personen der Versichertengruppe 3.1

2.1 **Beitragsbefreiung in Zeiten ohne Gehalt**
Bei bestehendem Gruppenversicherungsvertrag ist eine vorübergehende Beitragsbefreiung bei vollem Versicherungsschutz in den folgenden Fällen möglich, in denen der Versicherungsnehmer kein Gehalt zahlt:

- Arbeitsunfähigkeit durch Krankheit oder Unfall frühestens ab dem 43. Kalendertag
- Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz
- Pflege eines nahen Angehörigen nach dem Pflegezeitgesetz
- Freistellung von der Pflicht zur Arbeitsleistung aus anderem Grund (Sabbatical)

2.2 **Dauer der Beitragsbefreiung**
Die Beitragsbefreiung kann für höchstens 36 Monate beansprucht werden. Vor Ablauf dieser Frist endet die Beitragsbefreiung mit dem Monat, in dem die Zeit ohne Gehalt ausläuft. Ab dem nächsten Monat ist der dann gültige Beitrag zu zahlen.

Beginnt die Zeit ohne Gehalt am 1. eines Monats, entfällt die Beitragszahlung ab diesem Tag. Entfällt das Gehalt erst später, gilt die Beitragsbefreiung ab dem nächsten Monat.

3 Versicherungsfähigkeit

3.1 Versicherungsfähig als versicherte Personen sind alle Personen, deren Arbeitgeber mit der Debeka einen „Gruppenversicherungsvertrag betriebliche Krankenversicherung (bKV)“ abgeschlossen und die versicherte Person beim Versicherer angemeldet hat, solange dieser Versicherungsvertrag und das Beschäftigungsverhältnis bestehen.

3.2 Darüber hinaus sind versicherungsfähig Ehegatten oder Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz bzw. unter derselben Anschrift lebende nicht ehelich/gesetzlich verbundene Lebenspartner sowie Kinder eines Mitarbeiters, wenn die im Vertrag festgelegten Merkmale vorliegen und die zu versichernde Person beim Versicherer angemeldet ist.

4 Ende der Versicherung

Die Versicherung endet – unbeschadet des § 11 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I) – mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Nummer 3 zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.