

Betriebliche Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (IPID)



Versicherungsvermittler: Onuava GmbH, Heidelberg, als Versicherungsvermittler zugelassen mit der Registrierungsnummer D-KS02-908XA67

Versicherer: EIR Försäkring, Schweden

Produkt: Fertility+

Dieses Informationsblatt gibt Ihnen einen kurzen Überblick über den Versicherungsschutz unter der betrieblichen Krankenversicherung im Tarif Fertility+. Die Informationen sind nicht abschließend. Maßgeblich sind die vertraglichen Regelungen zwischen Ihrem Arbeitgeber und dem Versicherungsunternehmen sowie die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) und Tarifbedingungen des Produkts.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine arbeitgeberfinanzierte Krankenzusatzversicherung im Rahmen einer Gruppenversicherung. Die Versicherung ergänzt Ihren bestehenden gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungsschutz im Bereich der reproduktiven Gesundheit. Sie deckt Kosten ab, die im Zusammenhang mit Kinderwunschbehandlungen, Fruchtbarkeitsvorsorge oder Kryokonservierung entstehen, soweit sie nicht durch Ihre Regelversorgung übernommen werden.



Was ist versichert?

Selbstbehalte und Kosten, die nicht durch die gesetzliche oder private Krankenversicherung abgedeckt sind, werden für die folgenden Behandlungen des/der versicherten Angestellten und der von ihm/ihr benannten Partnerperson, mit der eine gemeinsame Elternschaft nachweislich beabsichtigt ist, erstattet:

- ✓ Medizinisch notwendige Untersuchungen zur Abklärung von Fruchtbarkeitsstörungen
- ✓ Insemination (IUI), In-vitro-Fertilisation (IVF), Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) sowie ggf. testikuläre Spermienextraktion (TESE), jeweils einschließlich aller zugehörigen ärztlichen, medikamentösen, labor- und anästhesiologischen Leistungen
- ✓ Behandlung mit Spendersamen für alleinstehende Frauen, lesbische Paare sowie bei medizinischer Indikation
- ✓ Kryokonservierung von Eizellen, Vorkernen und Embryonen im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung
- ✓ Social Freezing, einschließlich aller zugehörigen ärztlichen, medikamentösen, labor- und anästhesiologischen Leistungen für die versicherte Angestellte
- ✓ Kryozyklen, also Behandlungszyklen mit zuvor eingefrorenen Eizellen, Vorkernen oder Embryonen, zum Beispiel nach Social Freezing oder einer vorausgegangenen Kinderwunschbehandlung



Was ist nicht versichert?

- ✗ Leistungen außerhalb Deutschlands
- ✗ Leistungen, die durch die gesetzliche oder private Krankenversicherung des versicherten Angestellten oder der von ihm/ihr benannten Partnerperson oder einen anderen Erstattungsverpflichteten gedeckt sind
- ✗ Leistungen außerhalb des in Anhang A des Tarifs Fertility+ definierten Leistungskatalogs
- ✗ Leistungen durch Leistungserbringer, die nicht durch den Versicherer anerkannt sind
- ✗ Kosten für Behandlungen, bei denen mehr als ein Embryo transferiert wird

Weitere Einschränkungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, insbesondere in Tarifbedingungen II Ziffer 3 AVB



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Die maximale Erstattungssumme richtet sich nach der gewählten Tarifstufe und gilt für die gesamte Dauer der Unternehmenszugehörigkeit der versicherten Person.
- ! Von den gedeckten Kosten für Social Freezing wird lediglich ein Anteil in Höhe von 50% übernommen. Die maximale Erstattungssumme bleibt unberührt.
- ! Es gelten Altersgrenzen für bestimmte Leistungen.
- ! Weitere Einschränkungen ergeben sich aus dem Leistungskatalog und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz gilt ausschließlich für Behandlungen in Deutschland. Leistungen im Ausland sind nicht versichert.

Nicht betroffen ist der Bezug von Medikamenten, die im Rahmen einer in Deutschland durchgeführten und versicherten Behandlung ärztlich verordnet wurden. Diese können auch aus dem Ausland bezogen werden, sofern sie in Deutschland zugelassen oder verkehrsfähig sind.



Welche Verpflichtungen habe ich?

Während der Vertragslaufzeit sind Sie als versicherte Person und die von Ihnen benannte mitversicherte Person verpflichtet:

- Angaben bei Anmeldung und im Leistungsfall korrekt und vollständig zu machen
- Erstattungsansprüche innerhalb von drei Monaten nach Rechnungsdatum geltend zu machen
- Erforderliche Nachweise und Unterlagen zur Prüfung der Leistungspflicht einzureichen
- Bei Bedarf ärztliche Untersuchungen zuzulassen
- Änderungen (z. B. Wohnsitz oder Partnerschaft) mitzuteilen, wenn diese den Leistungsanspruch betreffen

Die vollständigen Obliegenheiten entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifunterlagen.



Wann und wie zahle ich?

Der Beitrag wird vollständig vom Arbeitgeber übernommen. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, kann jedoch auch in monatlichen Raten entrichtet werden. Die Zahlung erfolgt an die vom Versicherer benannte Stelle.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Beginn: Der Versicherungsschutz beginnt, sobald Sie durch Ihren Arbeitgeber zum Gruppenversicherungsvertrag angemeldet wurden – jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bzw. der Versicherungsbestätigung angegebenen Versicherungsbeginn.

Ende: Der Versicherungsschutz endet mit dem Ausscheiden der versicherten Person aus dem Unternehmen des Arbeitgebers, der Verlegung ihres Wohnsitzes außerhalb Deutschlands oder bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags. Nach Versicherungsende können keine neuen Leistungen mehr beantragt werden. Es erfolgt keine Kostenerstattung für Behandlungen, die nach Ende des Versicherungsschutzes durchgeführt wurden, es sei denn, die Rechnung wurde bereits vor dem Ende des Versicherungsverhältnisses gestellt und bei dem Versicherer eingereicht.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Der Vertrag kann ausschließlich vom Arbeitgeber mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres gekündigt werden. Eine individuelle Kündigung durch die versicherte Person ist nicht möglich. Die Deckung endet automatisch mit dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis.