AOK PLUS

Produkt-Steckbrief naturPLUS

	AOK PLUS naturPLUS (Tarif 516)	AOK PLUS naturPLUS Premium (Tarif 517)
Zielgruppe	Alle Versicherten der AOK PLUS, die sich über den gesetzlichen Schutz hinaus gehend gegen die finanziellen Folgen einer Krankheit absichern wollen. Versicherte der AOK PLUS sind versicherte Mitglieder und in diesem Rahmen Familienversicherte.	Alle Versicherten der AOK PLUS, die sich über den gesetzlichen Schutz hinaus gehend gegen die finanziellen Folgen einer Krankheit absichern wollen. Versicherte der AOK PLUS sind versicherte Mitglieder und in diesem Rahmen Familienversicherte.
Versicherungs-/ Annahmefähigkeit	• Solotarif, kalkuliert nach Art der Schadenversicherung. • Alle GKV-Versicherten im Rahmen eines Kooperations-/ Kollektivpartnervertrages.	• Solotarif, kalkuliert nach Art der Schadenversicherung. • Alle GKV-Versicherten im Rahmen eines Kooperations-/ Kollektivpartnervertrages.
Eintrittsalter		
Mindesteintrittsalter	Ab Geburt.	Ab Geburt.
Höchsteintrittsalter	In jedem Alter abschließbar.	In jedem Alter abschließbar.
Leistungen		
Erstattung für Vorsorgeuntersuchungen	• Vorsorgeuntersuchungen unabhängig von Altersgrenzen und Zeitabständen. Zu den Vorsorgeuntersuchungen zählen etwa die Kosten für Untersuchungen in der Schwangerschaft, Kinder- und Jugendlichenvorsorgeuntersuchungen, Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Z. B. Übernahme von IGEL-Leistungen wie - Glaukom-Vorsorge zur Früherkennung des Grünen Stars mittels Perimetrie, Tonometrie und Gonioskopie. - Unabhängig von Altersgrenzen und ZeitabständenBestimmung des Prostataspezifischen Antigens (PSA-Test) im Rahmen eines Bluttests zur Früherkennung eines Prostata-Karzinoms.	• Vorsorgeuntersuchungen unabhängig von Altersgrenzen und Zeitabständen. Zu den Vorsorgeuntersuchungen zählen etwa die Kosten für Untersuchungen in der Schwangerschaft, Kinder- und Jugendlichenvorsorgeuntersuchungen, Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen, Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Z. B. Übernahme von IGEL-Leistungen wie - Glaukom-Vorsorge zur Früherkennung des Grünen Stars mittels Perimetrie, Tonometrie und Gonioskopie. - Unabhängig von Altersgrenzen und ZeitabständenBestimmung des Prostataspezifischen Antigens (PSA-Test) im Rahmen eines Bluttests zur Früherkennung eines Prostata-Karzinoms.
Erstattung für Schutzimpfungen (Impfberatung, Impfung, Impfstoffe) und Malariaprophylaxe	• Schutzimpfungen entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut • Schutzimpfungen gegen Tollwut, Hepatitis und Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), HPV ab 17 Jahre (unabhängig von einer bestehenden Empfehlung der STIKO) • Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen, z. B. gegen Hepatitis, Gelbfieber, Typhus sowie Malaria-Prophylaxe.	• Schutzimpfungen entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut • Schutzimpfungen gegen Tollwut, Hepatitis und Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), HPV ab 17 Jahre (unabhängig von einer bestehenden Empfehlung der STIKO) • Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen, z. B. gegen Hepatitis, Gelbfieber, Typhus sowie Malaria-Prophylaxe.
Erstattung für gesundheitsfördernde Maßnahmen	Bis zu 50 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren. Hierzu zählen z. B. Stressbewältigungs-, Entspannungskurse, Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung, Rückengymnastik bzw. -schule und auch Mitgliedschaftsbeiträge für Fitnessstudios.	Bis zu 100 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren. Hierzu zählen z. B. Stressbewältigungs-, Entspannungskurse, Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung, Rückengymnastik bzw. -schule und auch Mitgliedschaftsbeiträge für Fitnessstudios.

Leistungen		
Naturheilkundliche Untersuchungen und alternative Behandlungsmethoden sowie Heilmittel	Durch Heilpraktiker, wenn diese im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Heilpraktikerleistungen sind bis zu den Höchstbeträgen des GebüH erstattungsfähig. • Behandlungen durch Ärzte, wenn es sich um eine Behandlungsmethode aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis handelt. Die ärztlichen Leistungen sind erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze nicht überschreiten. • Osteopathische Behandlung, auch dann, - wenn diese durch einen Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Berufsverband der Osteopathen berechtigt - eine ärztliche Bescheinigung vorliegt und - im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet werden. • Inkl. verordneter Arznei- und Verbandmittel sowie Material- und Laborkosten.	Durch Heilpraktiker, wenn diese im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind. Heilpraktikerleistungen sind bis zu den Höchstbeträgen des GebüH erstattungsfähig. • Behandlungen durch Ärzte, wenn es sich um eine Behandlungsmethode aus dem Hufeland-Leistungsverzeichnis handelt. Die ärztlichen Leistungen sind erstattungsfähig, soweit sie im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden dürfen und deren Höchstsätze nicht überschreiten. • Osteopathische Behandlung, auch dann, - wenn diese durch einen Leistungserbringer durchgeführt wird, der eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Berufsverband der Osteopathen berechtigt - eine ärztliche Bescheinigung vorliegt und - im Rahmen der in Deutschland üblichen Preise berechnet werden. • Inkl. verordneter Arznei- und Verbandmittel sowie Material- und Laborkosten.
Leistungs-Details	Erstattung bis zum Höchstsatz der GOÄ/GOZ (3,5facher Satz) oder GebüH	Erstattung bis zum Höchstsatz der GOÄ/GOZ (3,5facher Satz) oder GebüH
Anrechnung einer Vorleistung	• Sofern ein Anspruch auf Leistungen gegenüber der GKV besteht, sind diese zuerst .in Anspruch zu nehmen. Im Leistungsfall sind die Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen bzw. deren Ablehnung einzureichen. • Von der AOK PLUS erbrachte Leistungen werden auf die erstattungsfähigen Aufwendungen angerechnet.	• Sofern ein Anspruch auf Leistungen gegenüber der GKV besteht, sind diese zuerst .in Anspruch zu nehmen. Im Leistungsfall sind die Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen bzw. deren Ablehnung einzureichen. • Von der AOK PLUS erbrachte Leistungen werden auf die erstattungsfähigen Aufwendungen angerechnet.
Höchsterstattungsbeträge		
Es gelten folgende Höchsterstattungen:	80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen • im 1. VJ max. 150 € • im 1. – 2. VJ max. 300 € • Ab dem 3 VJ. bis zu 500 € innerhalb von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren Innerhalb dieser Höchsterstattungsbeträge werden gesundheitsfördernde Maßnahmen bis zu 50 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren erstattet. Die vorgenannten Höchsterstattungsbeträge für das erste bzw. die ersten beiden Versicherungsjahre ermäßigen sich bei unterjährigem Beginn für jeden im ersten Versicherungsjahr nicht versicherten Monat um 12,50 €. Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigen sich die Höchsterstattungsbeträge nicht.	80 % der erstattungsfähigen Aufwendungen • im 1. VJ max. 300 € • im 1. – 2. VJ max. 600 € • Ab dem 3 VJ. bis zu 1.000 € innerhalb von jeweils zwei aufeinanderfolgenden Versicherungsjahren Innerhalb dieser Höchsterstattungsbeträge werden gesundheitsfördernde Maßnahmen bis zu 100 Euro innerhalb von jeweils zwei aufeinander folgenden Versicherungsjahren erstattet. Die vorgenannten Höchsterstattungsbeträge für das erste bzw. die ersten beiden Versicherungsjahre ermäßigen sich bei unterjährigem Beginn für jeden im ersten Versicherungsjahr nicht versicherten Monat um 25,00 €. Endet eine Versicherung während eines Versicherungsjahres, so ermäßigen sich die Höchsterstattungsbeträge nicht.

Auf Wunsch hinzuwählbar		
Einmalleistung bei Krebs	naturPLUS kann mit dem Tarif Einmalleistung bei Krebs 176 kombiniert werden. • Wählbar in 500 €-Schritten von 2.500 € bis 10.000 €. • Er erbringt ohne Kostennachweis die Einmalleistung in der versicherten Höhe. • Ein Anspruch auf die Zahlung besteht einmal während der Vertragslaufzeit.	naturPLUS kann mit dem Tarif Einmalleistung bei Krebs 176 kombiniert werden. • Wählbar in 500 €-Schritten von 2.500 € bis 10.000 €. • Er erbringt ohne Kostennachweis die Einmalleistung in der versicherten Höhe. • Ein Anspruch auf die Zahlung besteht einmal während der Vertragslaufzeit.
Keine Gesundheitsprüfung	Ja, da einfache Gesundheitserklärung: Mir ist bekannt, dass kein Leistungsanspruch aus dem Tarif „Einmalleistung bei Krebs“ gegeben • wenn eine der folgenden Krankheiten in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung ärztlich diagnostiziert worden ist: Krebs (bösartige Neubildungen ohne nichtmelanotischen Hautkrebs), Hirntumor (auch gutartig). • wenn hinsichtlich der vorgenannten Erkrankungen eine Abklärung vor Antragstellung medizinisch indiziert, aber noch nicht abgeschlossen war.	Ja, da einfache Gesundheitserklärung: Mir ist bekannt, dass kein Leistungsanspruch aus dem Tarif „Einmalleistung bei Krebs“ gegeben • wenn eine der folgenden Krankheiten in den letzten 5 Jahren vor Antragstellung ärztlich diagnostiziert worden ist: Krebs (bösartige Neubildungen ohne nichtmelanotischen Hautkrebs), Hirntumor (auch gutartig). • wenn hinsichtlich der vorgenannten Erkrankungen eine Abklärung vor Antragstellung medizinisch indiziert, aber noch nicht abgeschlossen war.
Besonderheiten		
Einfacher Online-Abschluss	• Bequem rechnen. • Sofort Versicherungsschutz beantragen. • Schnelle Policierung.	• Bequem rechnen. • Sofort Versicherungsschutz beantragen. • Schnelle Policierung.
Mindestvertragsdauer	2 Versicherungsjahre.	2 Versicherungsjahre.

Besonderheiten		
Gesundheitsprüfung im naturPLUS und naturPLUS Premium	**Vereinfachte Gesundheitsfragen** Das Beantworten von drei Fragen macht den Abschluss unkompliziert. Wird eine der Fragen bejaht, kann leider in diesem Tarif kein Versicherungsschutz geboten werden: **1)** Besteht bei Ihnen ein Grad der Behinderung von mindestens 50 oder eine Pflegebedürftigkeit bzw. wurde jemals ein Antrag auf deren Feststellung gestellt oder beziehen Sie Leistungen aufgrund einer Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. wurden solche jemals beantragt? **2)** Wurde bei Ihnen in den letzten 3 Jahren eine der folgenden Krankheiten ärztlich diagnostiziert oder behandelt oder eine weitere Abklärung zur Feststellung einer der folgenden Krankheiten angeraten, welche zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht abgeschlossen ist? • Arterielle Verschlusskrankheit, Arthrose, chronische Lungenerkrankung, Diabetes mellitus, Epilepsie, Hirntumor, HIV-Infektion, Krebs, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, Rheuma (z. B. rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew), Schlaganfall, Schlafapnoe, Suchterkrankungen, während der Schwangerschaft oder während der Geburt erworbene körperliche oder geistige Behinderung (z. B. Rötelnembryopathie, Trisomie, Organ-, Skelettdeformitäten oder Geburtsschäden), chronische Darmerkrankung (z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), koronare Herzkrankheit, Migräne, Neurodermitis, Psoriasis, durch Haut- oder Bluttest bestätigte Allergien (Nahrungsmittelunverträglichkeiten wie Laktose-, Fruktoseintoleranz sind keine Allergien und daher nicht relevant), Adipositas (BMI > 35). • **Erkrankungen der Wirbelsäule, Bandscheibe oder Rückenmuskulatur.** Wenn Sie seit mindestens 6 Monaten behandlungs- und beschwerdefrei sind und die Behandlung nicht länger als 12 Wochen angedauert hatte, können Sie die Frage mit „Nein“ beantworten. • **Psychische Erkrankungen.** Wenn die Behandlung abgeschlossen ist und nicht länger als 2 Monate gedauert hat, z. B. bei Behandlung durch Schulpsychologen (Verhaltensauffälligkeiten in der Schulzeit), Prüfungsstress, Traumabewältigung (Scheidung, Verlust etc.), können Sie die Frage mit „Nein“ beantworten. Unterstützungsmaßnahmen wie die psychologische Beratung während einer Rehamaßnahme, einer Anschlussheilbehandlung oder einer onkologischen Therapie sind sinnvoll und nicht als Behandlung einer psychischen Erkrankung anzusehen. **3)** Wurden Sie in den letzten 6 Monaten von einem Heilpraktiker behandelt oder untersucht oder sind Behandlungen oder Untersuchungen beim Heilpraktiker angeraten oder beabsichtigt?	**Vereinfachte Gesundheitsfragen** Das Beantworten von drei Fragen macht den Abschluss unkompliziert. Wird eine der Fragen bejaht, kann leider in diesem Tarif kein Versicherungsschutz geboten werden: **1)** Besteht bei Ihnen ein Grad der Behinderung von mindestens 50 oder eine Pflegebedürftigkeit bzw. wurde jemals ein Antrag auf deren Feststellung gestellt oder beziehen Sie Leistungen aufgrund einer Berufs-, Dienst- oder Erwerbsunfähigkeit bzw. wurden solche jemals beantragt? **2)** Wurde bei Ihnen in den letzten 3 Jahren eine der folgenden Krankheiten ärztlich diagnostiziert oder behandelt oder eine weitere Abklärung zur Feststellung einer der folgenden Krankheiten angeraten, welche zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht abgeschlossen ist? • Arterielle Verschlusskrankheit, Arthrose, chronische Lungenerkrankung, Diabetes mellitus, Epilepsie, Hirntumor, HIV-Infektion, Krebs, Morbus Parkinson, Multiple Sklerose, Rheuma (z. B. rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew), Schlaganfall, Schlafapnoe, Suchterkrankungen, während der Schwangerschaft oder während der Geburt erworbene körperliche oder geistige Behinderung (z. B. Rötelnembryopathie, Trisomie, Organ-, Skelettdeformitäten oder Geburtsschäden), chronische Darmerkrankung (z. B. Morbus Crohn, Colitis ulcerosa), koronare Herzkrankheit, Migräne, Neurodermitis, Psoriasis, durch Haut- oder Bluttest bestätigte Allergien (Nahrungsmittelunverträglichkeiten wie Laktose-, Fruktoseintoleranz sind keine Allergien und daher nicht relevant), Adipositas (BMI > 35). • **Erkrankungen der Wirbelsäule, Bandscheibe oder Rückenmuskulatur.** Wenn Sie seit mindestens 6 Monaten behandlungs- und beschwerdefrei sind und die Behandlung nicht länger als 12 Wochen angedauert hatte, können Sie die Frage mit „Nein“ beantworten. • **Psychische Erkrankungen.** Wenn die Behandlung abgeschlossen ist und nicht länger als 2 Monate gedauert hat, z. B. bei Behandlung durch Schulpsychologen (Verhaltensauffälligkeiten in der Schulzeit), Prüfungsstress, Traumabewältigung (Scheidung, Verlust etc.), können Sie die Frage mit „Nein“ beantworten. Unterstützungsmaßnahmen wie die psychologische Beratung während einer Rehamaßnahme, einer Anschlussheilbehandlung oder einer onkologischen Therapie sind sinnvoll und nicht als Behandlung einer psychischen Erkrankung anzusehen. **3)** Wurden Sie in den letzten 6 Monaten von einem Heilpraktiker behandelt oder untersucht oder sind Behandlungen oder Untersuchungen beim Heilpraktiker angeraten oder beabsichtigt?
Wartezeit	Keine.	Keine.

münchener verein
Zukunft. In besten Händen.

Münchener Verein Krankenversicherung a. G.
Pettenkoferstr. 19 · 80336 München
info@muenchener-verein.de
www.muenchener-verein.de

670 13 13/00 (12.18)

Es gelten die jeweils aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen. Diese Unterlagen stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.