

Tarif ZY

Ergänzungstarif zur Prävention und Heilbehandlung bösartiger Neubildungen

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nach Art der Schadensversicherung (AVB/KS).

A. Versicherungsfähigkeit

Nach Tarif ZY können Personen versichert werden, die das 18. Lebensjahr vollendet und ihren Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person

- Versicherungsschutz bei einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
- oder eine Krankheitskostenvollversicherung bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen
- oder ein Anspruch auf Beihilfe beziehungsweise Heilfürsorge im Sinne der Beihilfevorschriften des Bundes, der Länder, der Gemeinden oder sonstiger Körperschaften des öffentlichen Rechts

besteht.

Entfällt der Versicherungsschutz in der deutschen GKV, der privaten Krankenversicherung oder der Anspruch auf Beihilfe beziehungsweise Heilfürsorge, so endet die Versicherung für die betreffende Person zum Ende des Monats, in dem diese Voraussetzung weggefallen ist.

B. Leistungen des Versicherers

Erstattungsfähig sind die gemäß Punkt B. 1. bis B. 4. angegebenen Aufwendungen. Sieht ein unter Punkt A. aufgeführter Kostenträger im Versicherungsfall eine Leistung vor, so besteht Erstattungsanspruch aus Tarif ZY nur nach dessen Vorleistung. Vorleistungen sind nachzuweisen; der Erstattungsbetrag wird um die erbrachte Vorleistung gemindert. Hat die versicherte Person in der GKV oder der privaten Krankenversicherung einen Selbstbehalt vereinbart, zählt dieser zu den anrechenbaren Vorleistungen.

1. PanTum Detect® Test

Der Versicherer erstattet **je Versicherungsjahr die Aufwendungen der Durchführung eines PanTum Detect® Tests**, sofern zum Zeitpunkt der Durchführung keines der für den Test aus medizinischen Gründen vorgegebenen Ausschlusskriterien zutrifft.

Der PanTum Detect® Test dient der Früherkennung bösartiger Neubildungen. Grundlage des Tests ist ein Bluttest, bei dem die Werte (Scores) der Biomarker Apo10 und TKTL1 ermittelt und ausgewertet werden.

2. Bildgebende Verfahren zur Lokalisation möglicher bösartiger Neubildungen

Bei auffälligen PanTum Detect® Testergebnissen erstattet der Versicherer in den nachstehenden Fällen außerdem die Aufwendungen für die Durchführung eines bildgebenden Verfahrens zur Lokalisierung einer möglichen bösartigen Neubildung in Form einer Positronen-Emissions-Tomographie und Computertomographie (PET-CT) und einer Kopf-Hals Magnetresonanztomographie (MRT):

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt, wenn das PanTum Detect® Testergebnis

- (1) **erstmalig** auffällig ist oder
- (2) **erneut** auffällig ist und der zuletzt durchgeführte PanTum Detect® Test kein auffälliges Testergebnis lieferte.

Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt auch, wenn Folgetests ein besonders auffälliges PanTum Detect® Testergebnis liefern. Ein besonders auffälliges PanTum Detect® Testergebnis liegt vor, wenn alle nachstehenden Voraussetzungen erfüllt werden:

- (1) Ein durchgeführter PanTum Detect® Test lieferte ein auffälliges Testergebnis,
- (2) eine anschließend durchgeführte PET-CT und eine Kopf-Hals MRT zur Lokalisation möglicher bösartiger Neubildungen ergab einen negativen Befund und
- (3) ein aktuell durchgeführter PanTum Detect® Test ergibt einen um mindestens 10 Punkte höheren PanTum Detect® Score gegenüber dem letzten Test, aufgrund dessen eine PET-CT und eine Kopf-Hals MRT durchgeführt wurde.

Die Aufwendungen für die Durchführung eines bildgebenden Verfahrens werden zu **100 %** erstattet, soweit das Verfahren bei einem der Partnerunternehmen der HanseMerkur Krankenversicherung AG erfolgt. In allen anderen Fällen beträgt die Erstattung **80 %** der angefallenen Aufwendungen.

3. Begleitleistungen nach erfolgter Diagnose einer bösartigen Neubildung

Wird bei der versicherten Person eine bösartige Neubildung diagnostiziert, kann sie bis zum vollständigen Ausscheiden aus der onkologischen Nachsorge anstatt der in Punkt B. 1. aufgeführten Leistung die nachfolgend aufgeführten Begleitleistungen zur Behandlung der diagnostizierten Erkrankung in Anspruch nehmen. Abweichend hiervon können innerhalb des Kalenderjahres, in dem die bösartige Neubildung diagnostiziert wurde, Leistungen sowohl nach Punkt B. 1. als auch nach Punkt B. 3. in Anspruch genommen werden.

3.1 Wahlleistungen

Erstattungsfähig sind im Versicherungsfall die Kosten für Wahlleistungen gemäß § 16 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) bzw. gemäß § 17 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG). Hiernach gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer und die gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung. Soweit Krankenhäuser gesonderte Zuschläge für besondere Verpflegungsarten, Sanitärzelle, Bereitstellung eines Fernsprechers oder für Radio- und Fernsehgeräte erheben, werden diese ebenfalls erstattet. Privatärztliche Behandlungen werden bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattet.

Maßgeblich für die Kostenerstattung der Wahlleistung Unterkunft ist, für welche Unterkunftsart (Ein- oder Zweibettzimmer) das Krankenhaus den Zuschlag zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (Mehrbettzimmer) berechnet. Mit den Behandlungskostenrechnungen sind diesbezügliche Nachweise vorzulegen.

Soweit Krankenhäuser nicht nach der Bundespflegesatzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, werden Aufwendungen für die Wahlleistung Unterkunft im tariflichen Rahmen bis zu der Höhe erstattet, die gemäß BPfIV oder KHEntgG angefallen wäre.

Nicht erstattungsfähige Leistungen

Aufwendungen für Material- und Laborkosten im Zusammenhang mit Zahnbehandlung, -ersatz oder Kieferorthopädie sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.

Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen (z. B. Pflegesätze, Fallpauschalen und Sonderentgelte) sind nicht erstattungsfähig. Gesetzliche Zuzahlungen im Krankenhaus fallen ebenfalls nicht unter die Leistungspflicht.

Aufwendungen für stationäre Kur-, Heilstätten- oder Sanatoriumsbehandlungen sind nicht erstattungsfähig.

3.2 Ersatzkrankhaustagegeld

Bei einem Verzicht auf Kostenerstattung der in Punkt 3.1 aufgeführten versicherten Leistungen wird pro Behandlungstag ein Krankenhaustagegeld in Höhe von

75 EUR

gezahlt.

3.3 Erstattungsfähige Mehrkosten aufgrund freier Krankenhauswahl

Erstattet werden auch die für Unterkunft und Verpflegung anfallenden zusätzlichen Kosten, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland aufsucht. Voraussetzung ist, dass das aufgesuchte Krankenhaus gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz abrechnet. Zugunsten der versicherten Person verzichtet der Versicherer in diesen Fällen bei Krankenhäusern, die auch Kuren und Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, auf eine vorherige schriftliche Leistungszusage, vgl. § 4 (5) AVB/KS.

3.4 Transportkosten

zu 100 %

Transportkosten bei ambulanter Behandlung sind erstattungsfähig, wenn der Transport wegen Gehunfähigkeit der versicherten Person oder wegen der Folgen ambulant durchgeführter diagnostischer und/oder therapeutischer Maßnahmen (z. B. Chemotherapie, Röntgenbestrahlungen, ambulante Operationen) medizinisch notwendig ist.

3.5 Kurtagegeld

Für ärztlich verordnete, stationäre Genesungskuren in Folge einer Krebserkrankung erstattet der Versicherer **je Kurtag für maximal 42 Tage** ein Kurtagegeld in Höhe von

75 EUR.

4. Gesundheitsassistance

Die versicherte Person kann für telefonische oder Online-Beratungen folgende Assistanceleistungen erhalten, sofern diese durch die Hanse-Merkur Krankenversicherung AG erfolgen oder vermittelt werden:

- Grundsätzliche Erläuterungen zum PanTum Detect® Test
- Information und Beratung zum gesetzlichen Krebsfrüherkennungsprogramm
- Beratung zu allen medizinischen Gesundheitsfragen durch Ärzte
- Teilnahme an einem Beratungsprogramm bei Krebserkrankungen zur Aufklärung und Beratung zu Diagnostik und Therapiemöglichkeiten (telefonisch oder Online)
- Unterstützung bei der Arzt- und Krankenhausauswahl
- Arzt-Termine-Service
- Arzneimittelberatung
- Ärztliche Zweitmeinung, auch vor Operationen
- Fitness- und Ernährungsberatung

C. Wartezeiten

Es werden keine Wartezeiten vereinbart, § 3 AVB/KS findet für den Tarif ZY keine Anwendung.