

SANI  **PRO**

Ergänzender Gesundheitsfonds - Fondo Sanitario Integrativo

Leitfaden
zum
Gesundheitsplan
für die
Inanspruchnahme
der Leistungen

SANIPRO

Ergänzender
Gesundheitsfonds

Ausgabe 2018

Alle Leistungen des Gesundheitsplans
finden Sie unter:

www.sanipro.bz

Kostenlose Rufnummer
800-009676

aus dem Ausland: Vorwahl von Italien
+ 051.63.89.046

Geschäftszeiten:
Montag bis Freitag, 08:30 – 19:30 Uhr

Entsprechend den neuen Vorschriften des Gesetzesvertretenden Dekrets 209/2005 Art.185 „Informationspflicht gegenüber dem Versicherungsnehmer“ informieren wir Sie, dass

- der Vertrag durch das italienische Recht geregelt wird.

- eventuelle **Beschwerden** in Bezug auf das Vertragsverhältnis oder die Abwicklung von Versicherungsfällen schriftlich an folgende Beschwerdestelle zu richten sind:

UniSalute S.p.A. - Funzione Reclami Via Larga, 8 - 40138 Bologna

Fax 051- 7096892 E-Mail reclami@unisalute.it.

Wenn Sie mit dem Ergebnis Ihrer Beschwerde unzufrieden sind oder innerhalb von 45 Tagen keine Antwort erhalten haben, können Sie sich an IVASS, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Rom, Telefon 06.42.133.1, wenden. Die an IVASS gerichteten Beschwerden müssen folgende Angaben enthalten:

- a) Vor- und Nachname sowie Adresse des Beschwerdeführers sowie eventuelle Rufnummer;
- b) Angabe des/der Betroffenen, dessen/deren Leistungserbringung/Service beanstandet wird;
- c) Kurze Beschreibung des Beschwerdegrunds;
- d) Kopie der eingereichten Beschwerde sowie der etwaigen Antwort der Gesellschaft
- e) Alle Unterlagen, die für eine ausführlichere Beschreibung der diesbezüglichen Umstände dienlich sind.

Nähere Informationen zur Einreichung einer Beschwerde sind auch auf der Website der Versicherungsgesellschaft www.unisalute.it verfügbar. Wir weisen Sie darauf hin, dass Streitigkeiten betreffend Quantifizierung der Leistungen und Zuweisung der Verantwortung der ausschließlichen Zuständigkeit eines Gerichts unterliegen und gegebenenfalls auch durch **eine Schlichtung beigelegt werden können**.

Leitfaden zum Gesundheitsplan für die Inanspruchnahme der Leistungen SANIPRO Ergänzender Gesundheitsfonds

Dieser Leitfaden wurde Ihnen als zweckdienliche und übersichtlich zusammengefasste Erläuterung bereitgestellt. Der Leitfaden ersetzt aber keinesfalls den Vertrag zwischen Fonds und Gesellschaft, da er nur die grundlegenden Voraussetzungen für die ordnungsgemäße Inanspruchnahme der Leistungen hervorhebt.

Für eine umfassende und erschöpfende Bezugnahme ist daher allein der Vertrag maßgebend.



1. INHALT

1.	INHALT	4
2.	WILLKOMMEN	5
3.	WIE KOSTENERSTATTUNGEN BEANTRAGT WERDEN	5
4.	FÜR WEN DER VERSICHERUNGSSCHUTZ GILT	6
5.	DIE LEISTUNGEN DES GESUNDHEITSPANS	6
5.1.	Ambulante Leistungen im öffentlichen Bereich (Nationaler oder Landesgesundheitsdienst)	6
5.2.	Ambulante Leistungen von Fachärzten und Einrichtungen des Privatbereichs	7
5.2.1	Augenheilkunde	7
5.2.2	Gynäkologie	8
5.2.3	Urologie	9
5.2.4	Physiotherapie, Rehabilitation und damit zusammenhängende Leistungen	9
5.2.5	Zahnmedizin	11
5.2.5.1	Mundhygiene und Parodontologie	12
5.2.5.2	Diagnostik	13
5.2.5.3	Zahnerhaltung	13
5.2.5.4	Chirurgische Leistungen	14
5.2.5.5	Leistungen der Implantologie	14
5.2.5.6	Zahnersatz	15
5.3.	Hörgeräte	16
6.	NICHT ERSTATTUNGSFÄHIGE LEISTUNGEN DES GESUNDHEITSPANS	17
6.1.	Territoriale Gültigkeit	17
6.2.	Altersgrenzen	17
6.3.	Handhabung der Kostenbelege	18

2. WILLKOMMEN

Der Leitfaden zum Gesundheitsplan ist eine praktische Hilfestellung bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Bitte befolgen Sie die Angaben dieses Leitfadens, wann immer Sie den Gesundheitsplan in Anspruch nehmen müssen.

3. WIE KOSTENERSTATTUNGEN BEANTRAGT WERDEN

Zum Zweck der Kostenerstattung muss das Mitglied die erforderlichen Unterlagen und Belege übermitteln:

- Das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular des **Kostenerstattungsantrags** per E-Mail oder per Post; alternativ kann das **Online-Formular ausgefüllt werden**, wenn die Kostenerstattung auf der Website www.sanipro.bz beantragt wird;
- **Belege/Unterlagen**, die für die einzelnen Vertragsleistungen angegeben sind;
- Falls erforderlich, die Kopie der **Verschreibung** des behandelnden Arztes mit Angabe der vermuteten oder festgestellten Erkrankung;
- **Zahnärztlicher Anamnesebogen** bei Leistungen der Zahnmedizin;
- **Fotokopie der Kostenbelege** (Rechnungen und Quittungen), aus denen die Bestätigung der Zahlungen hervorgeht.

Nach Aufforderung durch SaniPro ist auch ein geeigneter spezifischer Nachweis der Zahlung der erbrachten Gesundheitsleistung, für welche die Erstattung beantragt wird, vorzulegen.

Die Kostenerstattung kann wie folgt beantragt werden:

- auf der **Website** www.sanipro.bz unter Nutzung der entsprechenden zweisprachigen Funktion;
- Einsendung **per E-Mail an die Adresse** saniprorimborsi-leistungen@unisalute.it;
- Einsendung **in Papierform** per Post **an UniSalute S.p.A.** Rimborsi

4. FÜR WEN DER VERSICHERUNGSSCHUTZ GILT

Die Leistungen des Gesundheitsplans werden für Mitglieder des SaniPro, für die regelmäßige Beiträge überwiesen werden, erbracht.

5. DIE LEISTUNGEN DES GESUNDHEITSPANS

Der Gesundheitsplan gilt für Krankheitsfälle und Unfälle während der Gültigkeitsdauer des Gesundheitsplans im Rahmen der folgenden Vertragsleistungen:

- ambulante Leistungen im öffentlichen Bereich (Nationaler Gesundheitsdienst oder Landesgesundheitsdienst);
- ambulante Leistungen von Fachärzten und Einrichtungen im Privatbereich:
 - Augenheilkunde;
 - Gynäkologie;
 - Urologie;
 - Physiotherapie, Rehabilitation und damit zusammenhängende Leistungen;
- Ambulante zahnmedizinische Leistungen von Fachärzten und Einrichtungen im Privatbereich;
- Hörgeräte.

5.1. Ambulante Leistungen im öffentlichen Bereich (Nationaler oder Landesgesundheitsdienst)

Der Gesundheitsplan sorgt für die Zahlung der Kosten für Leistungen von Gesundheitseinrichtungen des Nationalen oder Landesgesundheitsdienstes oder vertragsgebundener Gesundheitseinrichtungen.

Der Versicherungsschutz sieht die Erstattung der Tickets für **ambulante fachärztliche** Leistungen (auch für Leistungen von Analyselabors, der bildgebenden Diagnostik, Physiotherapie, von

Tageskliniken/der ambulanten Chirurgie) vor, mit Ausnahme der getragenen Kosten für Leistungen der Notaufnahme. Unter Untersuchungen oder Leistungen verstehen sich alle Leistungen, die in der Nomenklatur der ambulanten fachärztlichen Leistungen des Landes unter den Mindestbetreuungsstandards (LEA) angeführt sind.

Die getragenen Kosten werden unter Abzug der Selbstbeteiligung in Höhe von 300,00 € jährlich erstattet.

Die Tickets sollten in einer einmaligen Gesamtsendung eingereicht werden, um die ordnungsgemäße Anwendung der Selbstbeteiligung zu ermöglichen.

Der jährliche Erstattungshöchstbetrag für sämtliche oben genannten Leistungen beträgt 150,00 € pro Person.

5.2. Ambulante Leistungen von Fachärzten und Einrichtungen des Privatbereichs

5.2.1 Augenheilkunde

Der Gesundheitsplan erstattet dem Mitglied die getragenen Kosten für Korrekturlinsen für Brillen oder Kontaktlinsen innerhalb folgender Obergrenzen:

- **Kauf von Korrektur für Brillen** bis zum Erstattungshöchstbetrag von **150,00 € zweijährlich**; um diese Erstattung in Anspruch zu nehmen, ist eine Verordnung des Augenarztes oder eine Bescheinigung des Optikers oder Optometristen der Differenz der Dioptrien erforderlich.
- **Kauf von Kontaktlinsen** bis zum Erstattungshöchstbetrag von **75,00 € jährlich**; um diese Erstattung in Anspruch zu nehmen, ist eine Verordnung des Augenarztes oder eine Bescheinigung des Optikers oder Optometristen der Dioptrien des Mitglieds erforderlich.

Unter den Versicherungsschutz fallen ferner **Eingriffe der refraktiven**

Chirurgie (Excimer Augenlaser) bei einem augenärztlich attestiertem Refraktionsdefizit von **größer oder gleich 2 Dioptrien** innerhalb folgender Obergrenze:

- Chirurgischer Eingriff zur Korrektur des Refraktionsdefizits (je Einzelaug) bis zum vertraglichen Erstattungshöchstbetrag von **750,00 €**, einmalig je Einzelaug.

Um diese Erstattung in Anspruch zu nehmen, sind der Rechnungskopie folgende Unterlagen beizulegen:

- Bescheinigung des Augenarztes über das Vorliegen eines Refraktionsdefizits von größer oder gleich 2 Dioptrien;
- Bericht des Augenarztes über den erfolgten Eingriff.

Nach Erhalt der Kostenerstattung für einen Eingriff der refraktiven Chirurgie kann keine Kostenerstattung für Korrekturlinsen für Brillen oder Kontaktlinsen beantragt werden, auch wenn der Eingriff nur an einem Auge vorgenommen wurde.

5.2.2 Gynäkologie

Der Gesundheitsplan erstattet die getragenen Kosten für folgende fachärztliche Leistungen der Gynäkologie innerhalb folgender Obergrenzen:

Leistung	Erstattungs- höchstbetrag	Erstattungs- häufigkeit
Fachärztliche Erstuntersuchungen oder fachärztliche Kontrolluntersuchungen	70,00 € jährlich	Einmal jährlich
Routinemäßige, gynäkologische oder transvaginale Ultraschalluntersuchung	50,00 € jährlich	Einmal jährlich

Mammographie	50,00 € jährlich	Zweijährlich für Mitglieder im Alter zwischen 40 und 50 Jahren
--------------	------------------	--

5.2.3 Urologie

Der Gesundheitsplan erstattet die getragenen Kosten für folgende fachärztliche Leistungen der Urologie innerhalb folgender Obergrenzen:

Leistung	Erstattungs- höchstbetrag	Erstattungs- häufigkeit
Fachärztliche Erstuntersuchungen oder Kontrolluntersuchungen	70,00 € jährlich	
Ultraschalluntersuchung des Urogenitalapparats	50,00 € jährlich	Für Mitglieder im Alter ab 45 Jahren
Zystoskopie	50,00 € jährlich	Für Mitglieder im Alter ab 45 Jahren
Harnstrahlmessung	50,00 € jährlich	Für Mitglieder im Alter ab 45 Jahren
PSA	50,00 € jährlich	Für Mitglieder im Alter ab 45 Jahren

5.2.4 Physiotherapie, Rehabilitation und damit zusammenhängende Leistungen

Der Gesundheitsplan übernimmt bei den nachstehend angeführten Erkrankungen des Bewegungsapparats die Zahlung der Kosten für physiotherapeutische Leistungen, die ausschließlich der Rehabilitation dienen, vorausgesetzt, sie wurden vom Hausarzt oder von einem Facharzt mit Spezialisierung auf dem Gebiet, unter das die betreffende Erkrankung fällt, verordnet und durch Ärzte ausgeführt

oder durch Angehörige eines Gesundheitsberufs mit entsprechender Berufsbefähigung, deren Qualifikation durch den Kostenbeleg nachgewiesen wird.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Leistungen wie Lymphdrainage, Pressotherapie und Shiatsu.

Vom Versicherungsschutz sind ferner Leistungen ausgenommen, die in Sporteinrichtungen, Fitnessstudios, Schönheitszentren, Wellness- und Gesundheitshotels und Wellnesszentren erbracht werden, und zwar auch wenn sie an eine Klinik angeschlossen sind.

Erkrankungen des Bewegungsapparats:

- **Fuß:** Klumpfuß, Kalkaneussporn, Sichelfuß; Hohlfuß; Spitzfuß; Fallfuß; Knick-Senkfuß mit Diastase der Mittelfußköpfe im Kindesalter; Platt-Knickfuß des Erwachsenen; Plattfuß; Hallux valgus; Hammerzehe/Krallenzehe; Digitus quintus varus superductus.
- **Knie:** Kniescheibenluxation; Chondropathie der Kniescheibe; Meniskusverletzungen; Kniebanderverletzungen; Baker-Zysten/Poplitealzysten; Osteochondrosis dissecans; Valgus-/Varusstellung des Knies; Hohlknie; Kniegelenksarthrose.
- **Hüfte:** Periarthropathie des Hüftgelenkes (Syndrom des Schenkelbindenspanners); Coxa saltans (schnappende Hüfte); Dysplasie und angeborene Luxation der Hüfte; Morbus Perthes; Epiphysenlösung des Femurkopfs; angeborene Coxa vara; Hüftarthrose; Hüftkopfnekrose des Erwachsenen.
- **Hand:** Enchondrom; Ganglien; Mondbeinerkrankung; Sattelgelenkarthrose; Pseudoarthrose des Kahnbeins; Syndakylie; Sehnenrisse, Enthesiopathien, Tendinopathien; Tendovaginitis de Quervain, Schnappfinger; Schnappdaumen; Karpaltunnelsyndrom; Morbus Dupuytren.
- **Ellenbogen:** Ellenbogen valgus/varus; Ellenbogenarthrose; Ellenbogenschleimbeutelentzündung; Ellenbogenluxation; Epicondylitis.
- **Schulter:** Degenerative Schultergürtelkrankheiten; Sehnenverkalkung, Bursitis subacromialis; Thoracic-outlet-

Syndrom; posttraumatische Schulterluxation; Habituelle Schulterluxation; Ruptur der Rotatorenmanschette; Schultergürtelarthrose.

- **Wirbelsäule:** Flachrücken, Rundrücken, Hohlrundrücken; Skoliose; Degenerative Erkrankungen der Lendenwirbelsäule; Lumbalgien; Dorsalgien; HWS-Syndrom; Bandscheibenvorfall; Gelenksperre; Scheuermann-Krankheit; Spondylose, Spondylolisthesis; Osteoporose; Osteomalazie; Tumoren an der Wirbelsäule.
- **Myopathien:** Progressive Muskeldystrophie; entzündliche Myopathien; Myasthenie; Myotonien.
- **Schwere Verletzungen infolge von Unfällen außerhalb der Arbeitszeit, die zu einer bleibenden dauernden Invalidität von über 40 % führen.**

Der Gesundheitsplan deckt auch eventuelle Leistungen, die im Zusammenhang mit physiotherapeutischen und/oder rehabilitativen Behandlungen sowie mit der Behandlung der Erkrankung erbracht werden. Unter „damit zusammenhängende Leistungen“ verstehen sich Behandlungen, die extrakorporale Stoßwellenlithotripsie und die Tecar-Therapie.

Die getragenen Kosten werden unter Abzug der Selbstbeteiligung i. H. v. 50,00 € pro Rechnung erstattet, und zwar auch wenn sich die Rechnung auf mehrere Sitzungen bezieht.

<p>Der jährliche Erstattungshöchstbetrag für sämtliche oben genannten Leistungen beträgt 800,00 € pro Person.</p>
--

5.2.5 Zahnmedizin

Der jährliche Erstattungshöchstbetrag für die folgenden Vertragsleistungen:

- ist unbegrenzt für die unter „Mundhygiene und Parodontologie“, „Diagnostik“ und „Zahnerhaltung“ genannten

Leistungen, wobei die Obergrenzen der einzelnen Leistungen unberührt bleiben;

- **beträgt 2000,00 € pro Person für unter „Chirurgische Leistungen“, „Leistungen der Implantologie“ und „Zahnersatz“ genannten Leistungen, wobei die Obergrenzen der einzelnen Leistungen unberührt bleiben.**

Der Gesundheitsplan erstattet die getragenen Kosten für die folgenden Leistungen der Zahnmedizin innerhalb der nachstehend angegebenen Obergrenzen.

5.2.5.1 Mundhygiene und Parodontologie

Leistung	Erstattungshöchstbetrag
Entfernung des Zahnbelags	35,00 € jährlich
Erstuntersuchung der Mundhöhle	30,00 € jährlich
Tiefenreinigung der Zahnwurzeln und/oder Kürettage (für 6 Zähne)	40,00 € jährlich
Schienung je Zahn	25,00 € jährlich
Regenerative Chirurgie einschließlich allogenem Knochen und/oder Membran – für 6 Zähne**	200,00 € jährlich
Resektive Chirurgie, je Bogen (einschließlich jeder Art von Lappen und Naht) – für 6 Zähne**	200,00 € jährlich
Mukogingivale Chirurgie für 1 oder mehrere Zähne und/oder Vestibulumplastik (je Bogen) einschließlich Naht und Narkose**	200,00 € jährlich
Lappen oder Stift, frei oder gestielt, einschließlich Naht und Narkose**	50,00 € jährlich

* Die Tiefenreinigung der Zahnwurzeln kann einmal jährlich gewährt werden, es sei denn, sie dient als Vorbereitung für eine chirurgische Parodontitis-Behandlung. Weitere Parodontitis-Behandlungen am

selben Zahn werden nicht anerkannt, wenn seit der Auszahlung des vorherigen Beitrags nicht mindestens ein Jahr vergangen ist.

** Leistungen, die an derselben Stelle nicht vor Ablauf von 12 Monaten wiederholt werden können.

5.2.5.2 Diagnostik

Leistung	Erstattungshöchstbetrag
Intraorales Röntgenbild	15,00 € zweijährlich
Orthopantomogramm	40,00 € zweijährlich
CBCT	90,00 € zweijährlich

5.2.5.3 Zahnerhaltung

Falls für ein Zahnelement ein Beitrag für erhaltende und/oder endodontologische Eingriffe ausbezahlt wurde, können für dasselbe Element keine weiteren Beiträge für erhaltende und/oder endodontologische Eingriffe ausbezahlt werden, sofern nicht mindestens achtzehn Monate seit dem Datum der ersten Rechnungslegung für die ersten Beiträge vergangen sind

Leistung	Erstattungshöchstbetrag
Kavität der Klasse V nach Black	50,00 € je Einzelleistung
Kavität der Klasse I nach Black	50,00 € je Einzelleistung
Kavität der Klasse II nach Black	70,00 € je Einzelleistung
Kavität der Klasse III nach Black	70,00 € je Einzelleistung
Kavität der Klasse IV Black	70,00 € je Einzelleistung
Zahnrekonstruktion mit Schraube oder Stift, je Element	60,00 € je Einzelleistung
Wurzelbehandlung, ein Wurzelkanal (inklusive Röntgenbild)	75,00 € je Einzelleistung
Wurzelbehandlung, zwei Wurzelkanäle (inklusive Röntgenbilder)	85,00 € je Einzelleistung

Wurzelbehandlung, drei oder mehr Wurzelkanäle (inklusive Röntgenbilder)	100,00 € je Einzelleistung
Revision einer Wurzelbehandlung	150,00 € je Einzelleistung

5.2.5.4 Chirurgische Leistungen

Leistung	Erstattungshöchstbetrag
Zahn- oder Wurzelextraktion	50,00 € je Einzelleistung
Zahnextraktion unter Analgosedierung, je Zahn	80,00 € je Einzelleistung
Extraktion eines/einer vollständig vom Knochen umschlossenen Zahns/Wurzel	100,00 € je Einzelleistung
Milchzahnextraktion	20,00 € je Einzelleistung

5.2.5.5 Leistungen der Implantologie

Der Preis wird je Einzelelement berechnet. Die ausbezahlten Beiträge umfassen: einen vorbereitenden Eingriff, einen individuellen Abdrucklöffel, einen Gebissabdruck, einen provisorischen Aufbau, einen zweiten Eingriff, das Positionieren des Implantat-Aufbaus, den endgültigen Aufbau, eine provisorische Zahnkrone auf dem Implantat. Bei Auszahlung eines Beitrags sind während der gesamten Vertragsdauer keine weiteren Erstattungen für implantologische Behandlungen am selben Element mehr möglich.

Nur bei „Implantat mit Osseointegration“ ist es zu Erstattungszwecken erforderlich, die Röntgenbilder vor und nach der Rehabilitation mit Implantat und Zahnersatz einzusenden.

Leistung	Erstattungshöchstbetrag
Implantat mit Osseointegration (beliebiger Art) je Element	750,00 € je Einzelleistung
Sinusbodenelevation	350,00 € je Einzelleistung
Horizontale/vertikale Erweiterung des	350,00 € je Einzelleistung

Kieferkamms (beliebiger Technik), je Quadrant	
Intraorale Entnahme von Knochen für die autologe Transplantation und Einführung und/oder Einbringung von Aufbaumaterial – ambulanter Eingriff – je Quadrant	150,00 € je Einzelleistung
Mini-Implantate, inklusive Präzisionsverankerung	400,00 € je Einzelleistung

5.2.5.6 Zahnersatz

Leistung	Erstattungshöchstbetrag
Endgültige herausnehmbare Teilprothese (mindestens 4 Zähne, inklusive Haken und Elemente)	150,00 € je Einzelleistung
Provisorische herausnehmbare Teilprothese (mindestens 4 Zähne, inklusive Haken und Elemente)	80,00 € je Einzelleistung
Herausnehmbare Totalprothese je Kieferbogen mit Kunstharz- oder Keramikzähnen	300,00 € je Einzelleistung
Totalprothese (je Kieferbogen)	100,00 € je Einzelleistung
Einzelne Semipräzisions-/Präzisionsverankerung aus LNP	50,00 € je Einzelleistung
Skelettiergerät (Struktur aus LNP oder LP, inklusive Elemente – je Bogen)	300,00 € je Einzelleistung
Reparatur abnehmbarer Prothesen	25,00 € je Einzelleistung
Prothetische Krone aus LNP und Keramik	150,00 € je Einzelleistung
Prothetische Krone aus LP und Vollkeramik	100,00 € je Einzelleistung
Prothetische Krone aus Vollkeramik	150,00 € je Einzelleistung
Einfache provisorische prothetische Krone aus Kunstharz	25,00 € je Einzelleistung
Stift für Zahnstumpf und/oder Rekonstruktion	50,00 € je Einzelleistung
Reparatur von Prothesen	25,00 € je Einzelleistung
Einfügen eines Elements auf	25,00 € je Einzelleistung

Teilprothese oder Skelettiergerüst	
Mantelkrone aus Kunstharz (je endgültiges Element)	75,00 € je Einzelleistung
Verblendkrone aus LP oder LP und Veneer aus Kunstharz oder LP und Veneer aus gefrästem Kunstharz (je Element)	130,00 € je Einzelleistung
Provisorische Krone (LNP oder LP - je Element)	40,00 € je Einzelleistung
Provisorische Krone aus Kunstharz – indirekt gefertigt (je Element)	40,00 € je Einzelleistung
Rekonstruktion des Zahnstumpfs aus Verbundmaterial (je Element)	40,00 € je Einzelleistung
Entfernung von Kronen oder Wurzelstiften (je Pfeiler oder Stift). Gilt nicht für Brückenzwischenglieder	15,00 € je Einzelleistung
Monolithische oder verblendete Zirkonkrone	100,00 € je Einzelleistung
Perio-Overdenture je Bogen, ausgenommen Stifte	300,00 € je Einzelleistung
Teleskopkrone je Element	150,00 € je Einzelleistung

5.3. Hörgeräte

Der Gesundheitsplan erstattet die Kosten für den Kauf oder die Anleihe von Hörgeräten.

Für diesen Versicherungsschutz ist die Vorlage einer Kopie der fachärztlichen Verordnung erforderlich.

Der jährliche Erstattungshöchstbetrag für sämtliche oben angeführten Leistungen beträgt 800,00 € pro Person.

6. NICHT ERSTATTUNGSFÄHIGE LEISTUNGEN DES GESUNDHEITSPANS

Vom Versicherungsschutz des Gesundheitsplans sind ausgenommen:

1. Unfälle, die auf Selbstmordversuche, eigene kriminelle Handlungen oder Selbstschädigung zurückzuführen sind;
2. Krankheiten und Vergiftungen, die auf Alkoholkrankheit oder Missbrauch von Psychopharmaka, den Konsum von Drogen (außer zu therapeutischen Zwecken) oder Halluzinogenen zurückzuführen sind;
3. Unfälle infolge Ausübung folgender Sportarten: Flug-, Motorrad-, Automobilsportarten, Freiklettern an Fels oder Eis (Free Climbing) sowie bei Teilnahme an entsprechenden Wett- oder Trainingsrennen offizieller oder inoffizieller Art, wenn diese durch eine spezielle Versicherung gedeckt sind;
4. Unfälle bei professionellen Sportveranstaltungen und entsprechenden Tests und Trainings;
5. Folgen von Kriegseignissen, Aufständen, Unruhen, Aggressionen oder Gewalttaten mit politischem oder sozialem Hintergrund, an denen das Mitglied freiwillig teilgenommen hat, sowie jeder Art von Terrorakten.

6.1. Territoriale Gültigkeit

Der Gesundheitsplan gilt auf der ganzen Welt. Bewahren Sie alle Unterlagen zu den von Ihnen in Anspruch genommenen Leistungen und die Belege der eventuell gezahlten Beträge zu Erstattungszwecken sorgfältig auf.

6.2. Altersgrenzen

Der Gesundheitsplan kann bis zum vollendeten **75.** Lebensjahr des Mitglieds abgeschlossen oder verlängert werden und endet automatisch zur ersten Jahresfälligkeit des Gesundheitsplans nach Erreichen des **76.** Lebensjahrs.

6.3. Handhabung der Kostenbelege

Die eingereichten Kopien der Kostenbelege werden entsprechend den gesetzlichen Vorgaben aufbewahrt und den Erstattungsanträgen beigelegt.

Für den Fall, dass Sanipro die Vorlage der Originalbelege anfordert, werden dem Mitglied nur die eventuell eingereichten Originalbelege innerhalb von einem Monat zurückgesandt.

