

## Wahltarif IK-Geld-Zurück bei Ihrer Innovationskasse

Mit unserem neuen Wahltarif IK-Geld-Zurück profitieren Sie von einer jährlichen Prämie von bis zu 600 Euro\*. Diese wird Ihnen ausgezahlt, wenn Sie für sich und Ihre familienversicherten volljährigen Angehörigen keine Leistungen innerhalb eines Jahres in Anspruch genommen haben – also leistungsfrei waren.

### Welche Leistungen werden beim Prämienanspruch berücksichtigt?

Zunächst werden alle Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung berücksichtigt. Dies sind somit alle ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen sowohl ambulant als auch stationär sowie alle (zahn-)ärztlich verordneten Leistungen, wie z. B. die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln. Die Prüfung erfolgt hierbei einerseits bei Ihnen selbst sowie für die bei Ihnen mitversicherten volljährigen Angehörigen. Der Familienverbund wird somit als Einheit bewertet.

### Welche Leistungen werden beim Prämienanspruch nicht berücksichtigt?

Nicht angerechnet werden hingegen Leistungen für mitversicherte Familienangehörige, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben sowie Leistungen des dritten und vierten Abschnitts des SGB V. Hierbei handelt es sich u. a. um Leistungen zur Verhütung von Krankheiten sowie zur Früherkennung (Gesundheitsuntersuchungen für Kinder, Jugendliche und Erwachsene sowie organisierte Früherkennungsprogramme). Damit sind die sogenannten Früherkennungsuntersuchungen und Präventionsleistungen, die wir zusätzlich auch in unserem Bonusprogramm honorieren, unschädlich für den Prämienverlust über diesen Wahltarif.

### Wer kann teilnehmen?

Den IK-Geld-Zurück-Tarif kann wählen, wer

- als Mitglied im Kalenderjahr länger als 3 Monate versichert und
- an der Aufbringung der Beiträge beteiligt ist und
- nicht an den Selbstbehalttarifen Arzt und/oder Zahnersatz teilnimmt.

### Für welchen Zeitraum gilt der Wahltarif IK-Geld-Zurück?

Mit Ihrer Erklärung zur Teilnahme am Wahltarif IK-Geld-Zurück nehmen Sie am 1. des auf den Eingang Ihrer Teilnahmeerklärung folgenden Kalenderquartals verbindlich teil. Ein Widerrufsrecht besteht nicht. Mit der Wahl binden Sie sich zudem für 1 Jahr an diesen Tarif sowie an die Mitgliedschaft bei der Innovationskasse. Die Teilnahme am IK-Geld-Zurück-Tarif endet automatisch mit Ablauf der Mindestbindungsfrist von 1 Jahr und kann danach neu gewählt werden.

### Wie nehme ich teil?

Ergänzen Sie einfach die umseitige Teilnahmeerklärung und senden Sie diese an uns.

### Kombinieren Sie Ihren Wahltarif einfach und unkompliziert mit der Kostenerstattung!

Sie möchten die Vorteile der gesetzlichen Krankenversicherung und unserer attraktiven Wahltarife nutzen, aber gleichzeitig als Privatpatient bei Ihrem Arzt behandelt werden?

Dann wählen Sie zusätzlich zum Wahltarif IK-Geld-Zurück auch die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V. Damit treten Sie bei Ihrem Arzt als Privatpatient auf und zahlen Ihre Rechnungen selbst. Sie können dann selbst entscheiden, ob Sie gemäß unserer Satzung hierfür eine pauschalierte Erstattung in Höhe von 50 % der Privatrechnung von der Innovationskasse erhalten wollen oder die Rechnung nicht an uns weiterreichen, um Ihren Prämienanspruch nicht zu verwirken.

\* Für die Prämienhöhe gelten die gesetzlich festgelegten Höchstgrenzen nach § 53 Abs. 2 Satz 2 SGB V. Die Prämienzahlung darf 1/12 der jeweils im Kalenderjahr gezahlten Beiträge nicht überschreiten und ist begrenzt auf maximal 600 EUR.

### Informationen zum Datenschutz

Ihre Daten werden gemäß Art. 6 DSGVO und § 284 SGB V für Zwecke der Kranken und § 94 SGB XI für Zwecke der Pflegeversicherung verarbeitet.

## Teilnahmeerklärung für den IK-Geld-Zurück-Wahltarif

### Angaben zur Person

Name

Vorname

Versicherungsnummer

Straße

Haus-Nr.

PLZ, Wohnort

### Meine Wahl zum IK-Geld-Zurück-Wahltarif (Bitte ankreuzen)

Ja, ich wähle die Teilnahme am Wahltarif IK-Geld-Zurück

### Ich möchte meinen Wahltarif mit der Kostenerstattung kombinieren (wenn gewünscht, bitte ankreuzen)

Ja, ich wähle zusätzlich Kostenerstattung nach § 13 (2) SGB V für die ambulante ärztliche Behandlung

### Meine Bankverbindung für die Kostenerstattung lautet:

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Kontoinhaber

(wenn nicht Versicherter)

### Angaben zum monatlichen Einkommen

Ich erhalte monatliche Bruttobezüge (z. B. Gehalt, Lohn) in Höhe von  EUR.

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am IK-Geld-Zurück-Wahltarif gemäß § 16e der Satzung der IKK - Die Innovationskasse ab dem 1. des auf den Eingang dieser Teilnahmeerklärung bei der Innovationskasse beginnenden Kalenderquartals. Die Inhalte und Teilnahmebedingungen des IK-Wahltarifs IK-Geld-Zurück sind mir bekannt. Ich erkenne die Teilnahmebedingungen an und halte Sie ein.

Zudem erkläre ich zusätzlich meine Wahl der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit § 28 der Satzung der IKK - Die Innovationskasse für die ausschließliche ambulante ärztliche Behandlung mit sofortiger Wirkung (nur wenn angekreuzt).

Ort

Datum

Unterschrift