

# HOMÖOPATHIE PLUS

## TEILNAHMEERKLÄRUNG WAHLTARIF

Name (in Druckbuchstaben) Vorname Geburtsdatum

KV-Nummer Telefon E-Mail

Anschrift

Ja, ich nehme am Wahltarif „HomöopathiePlus“ nach § 53 Abs. 5 SGB V der VIACTIV Krankenkasse teil.

Folgendes ist mir bekannt:

- Der Wahltarif „HomöopathiePlus“ umfasst die Kostenerstattung apothekenpflichtiger Arzneimittel für Homöopathie, Phytotherapie und anthroposophische Therapie.
- Die VIACTIV erstattet 100 Prozent der anfallenden Kosten bis zu einer festgelegten Jahreshöchsterstattungsgrenze (siehe Tabelle unten). Die Erstattung ist nur nach Einreichen eines quittierten Privatrezepts möglich.\*
- Die Teilnahme am Wahltarif „HomöopathiePlus“ ist freiwillig und beginnt mit dem ersten Tag des Monats, der auf den Eingang der vollständig ausgefüllten und unterschriebenen Teilnahmeerklärung bei der VIACTIV folgt. Zur Teilnahme entscheide ich mich für mindestens ein Jahr. Für diese Zeit bin ich an meine Krankenkasse gebunden.
- Die VIACTIV hat mich ausführlich und umfassend über die Inhalte des Wahltarifs informiert. Ich habe das Merkblatt zum Wahltarif „HomöopathiePlus“ gelesen und die Inhalte zur Kenntnis genommen.

**Ich wähle folgende Tarifklasse im Wahltarif „HomöopathiePlus“ (bitte ankreuzen):**

Monatsprämie	Jahresprämie	Jahreshöchsterstattung	Meine Wahl
5 Euro	60 Euro	120 Euro	<input type="checkbox"/> Tarif „5 Euro“
10 Euro	120 Euro	240 Euro	<input type="checkbox"/> Tarif „10 Euro“
15 Euro	180 Euro	360 Euro	<input type="checkbox"/> Tarif „15 Euro“
20 Euro	240 Euro	480 Euro	<input type="checkbox"/> Tarif „20 Euro“
25 Euro	300 Euro	600 Euro	<input type="checkbox"/> Tarif „25 Euro“

Folgende bei mir mitversicherten Familienangehörige sollen ebenfalls an diesem Wahltarif teilnehmen\*:

Name (in Druckbuchstaben)	Vorname	Geburtsdatum
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Der Wahltarif wird nur für den hier aufgeführten familienversicherten Angehörigen abgeschlossen, nicht für das Mitglied.

### Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich die VIACTIV Krankenkasse, die oben genannten Beiträge zum Wahltarif „HomöopathiePlus“

von meinem Konto **IBAN** ..... durch Lastschrift einzuziehen.

Datum Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

Hiermit stelle ich den Antrag auf Teilnahme am Wahltarif „HomöopathiePlus“ und erkläre mich mit den umseitigen Bedingungen einverstanden.

Datum Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers

1. Original für die VIACTIV Krankenkasse  
Durchschlag Kopie für Kunden

**VI**ACTIV  
Krankenkasse

# HOMÖOPATHIE PLUS

## ERLÄUTERUNGEN ZUM WAHLTARIF HOMÖOPATHIE PLUS

1. Soweit beim Mitglied mitversicherte Familienangehörige nach § 10 SGB V ab dem Alter von zwölf Jahren an dem Tarif teilnehmen, werden Erstattungen für diese Familienangehörigen auf den jährlichen Erstattungshöchstbetrag des Tarifnehmers angerechnet. Die ebenfalls am Wahltarif teilnehmenden mitversicherten Familienangehörigen müssen auf der Teilnahmeerklärung eingetragen werden.
2. Es besteht auch die Möglichkeit, für einen familienversicherten Angehörigen einen eigenen Wahltarif „HomöopathiePlus“ abzuschließen. Der Abschluss muss durch das Mitglied erfolgen.
3. Zur Kostenerstattung ist ein Privatrezept eines zugelassenen Vertragsarztes einzureichen, welches von der Apotheke quittiert worden ist. (Das Einreichen des Privatrezepts – zusammen mit einem eindeutigen Kassenbeleg der Apotheke – ist ebenfalls möglich).
4. Die Erstattung erfolgt auf dasselbe Konto, das bei der Einzugsermächtigung für die Prämie angegeben wurde.
5. Ein Wechsel der Tarifklassen ist immer zum Ende eines Vertragsjahres möglich und muss einen Monat vor Ende des Vertragsjahres erklärt werden.
6. Eine Kündigung des Wahltarifs „HomöopathiePlus“ ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ablauf des Vertragsjahres möglich, ansonsten verlängert sich die Teilnahme automatisch um ein weiteres Jahr. Die Kündigung muss schriftlich erfolgen. Maßgebend ist der Eingang der Kündigung bei der VIACTIV Krankenkasse.
7. Wird in einem Jahr keine Erstattung im Sinne dieses Wahltarifs durch den Tarifnehmer oder einen eingetragenen Familienversicherten in Anspruch genommen, so erhält der Tarifnehmer im Folgejahr eine Bonusgutschrift auf die Jahreshöchsterstattung in Höhe von zehn Prozent. Wird auch in den Folgejahren keine Erstattung in Anspruch genommen, so erhöht sich dieser Bonus jeweils um weitere zehn Prozent auf Basis der zuletzt geltenden Jahreshöchsterstattungsgrenze ohne Berücksichtigung bereits gewährter Boni. Eine Erhöhung der Jahreshöchsterstattungssumme nach vorstehender Regelung ist auf maximal fünf Jahre begrenzt. Soweit in einem Jahr eine Erstattung im Sinne dieses Wahltarifs in Anspruch genommen wurde, wird im Folgejahr unabhängig von einer vorherigen Bonusgewährung wieder maximal die Jahreshöchsterstattung des gewählten Tarifs ohne Bonus gewährt.
8. Sollte der Tarifnehmer der Zahlung fälliger Prämien im Rahmen dieses Wahltarifs nicht nachkommen (Rücklastschrift des Bankeinzugs), so wird keine weitere Erstattung für Arzneimittel im Sinne dieses Wahltarifs bis zu dem Tag vorgenommen, an dem die säumigen Prämien gezahlt wurden. Die einjährige Mindestbindung an die VIACTIV Krankenkasse bleibt davon unberührt.
9. Bitte achten Sie beim Bezug von Arzneimitteln im Sinne dieses Wahltarifs über eine Online-Apotheke darauf, dass Sie Ihr Privatrezept zurückerhalten, damit Sie dieses bei der VIACTIV Krankenkasse einreichen können. Eine Erstattung kann nur auf Basis eines von Ihnen eingereichten Privatrezepts (siehe 3.) erfolgen.

**Haben Sie Fragen? Wir beraten Sie gern!**

**Kostenlose Servicenummer**

**0800 222 12 11**

**VIACTIV Krankenkasse • [viactiv.de](http://viactiv.de)**

**VI**ACTIV  
Krankenkasse

# DATENSCHUTZHINWEIS

Die VIACTIV Krankenkasse, Universitätsstr. 43, 44789 Bochum, verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags als Sozialversicherungsträger. Dies ist insbesondere im Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e der Datenschutz-Grundverordnung (kurz DS-GVO) geregelt.

Weitergehende Informationen gemäß der Artikel 12 ff. DS-GVO finden Sie in unseren

## „Informationen zum Datenschutz“

Diese können Sie auf unserer Homepage [viactiv.de/datenschutz](https://viactiv.de/datenschutz) lesen und herunterladen.

Gerne senden wir Ihnen die „Informationen zum Datenschutz“ auch in der von Ihnen gewünschten Form zu: Rufen Sie uns einfach unter der Telefonnummer **0800 222 12 11** an oder senden Sie uns eine E-Mail an [service@viactiv.de](mailto:service@viactiv.de). Vielen Dank!

In unseren **Servicecentern** können Sie unsere „Informationen zum Datenschutz“ ebenfalls einsehen.