

Tarif central.privat

| | Seite | | Seite |
|---|-------|--|-------|
| Präambel..... | 2 | H Selbstbeteiligung..... | 13 |
| A Allgemeine Regelungen..... | 3 | I Dynamisierung..... | 13 |
| B Ambulante Heilbehandlung..... | 6 | J Reduzierter Beitrag für Personen in der Ausbildung..... | 14 |
| C Stationäre Heilbehandlung..... | 8 | Anlage 1 Verzeichnis für zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen.... | 15 |
| D Zahnärztliche Behandlung..... | 9 | Anlage 2 Preis-/Leistungsverzeichnis für Heilmittel..... | 16 |
| E Weitere Leistungen..... | 10 | Anlage 3 Preis-/Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen..... | 18 |
| F Zusätzliche Leistungen bei Auslandsaufenthalten bis zu 12 Monaten..... | 11 | | |
| G Zusätzliche Leistungen für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres..... | 12 | | |

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/VV 2013)

| | Seite | | Seite |
|--|-------|--|-------|
| Versicherungsschutz | | Änderungen des Versicherungsvertrags | |
| § 1 Gegenstand der Versicherung..... | 20 | § 16 Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag..... | 24 |
| § 2 Umfang des Versicherungsschutzes..... | 20 | § 17 Nachträgliche Änderung der Versicherungsbedingungen..... | 24 |
| § 3 Beginn des Versicherungsschutzes..... | 20 | § 18 Tarifwechsel..... | 24 |
| § 4 Wartezeiten..... | 20 | § 19 Versicherung von Neugeborenen, Adoption..... | 25 |
| § 5 Ende des Versicherungsschutzes..... | 20 | Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person (Obliegenheiten) | |
| § 6 Geltungsbereich und Versicherungsschutz bei Auslands- aufenthalten..... | 21 | § 20 Allgemeines..... | 26 |
| Leistungen des Versicherers | | § 21 Einzelne Obliegenheiten..... | 26 |
| § 7 Fälligkeit der Leistungen..... | 21 | § 22 Ersatzansprüche gegen Dritte..... | 26 |
| § 8 Auszahlung der Versicherungsleistungen..... | 21 | § 23 Rückzahlungsansprüche gegen Leistungserbringer..... | 26 |
| § 9 Abtretung und Verpfändung..... | 22 | Dauer und Ende der Versicherung | |
| § 10 Überschussbeteiligung/Beitragsrückerstattung..... | 22 | § 24 Vertragsdauer und Versicherungsjahr..... | 27 |
| Beiträge | | § 25 Kündigung durch den Versicherungsnehmer..... | 27 |
| § 11 Fälligkeit und Zahlungsweise..... | 22 | § 26 Kündigung durch den Versicherer..... | 28 |
| § 12 Berechnung des Beitrags..... | 22 | § 27 Beendigung und Fortsetzung der Versicherung..... | 28 |
| § 13 Nichtzahlung der Beiträge..... | 23 | Weitere Regelungen | |
| § 14 Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung..... | 23 | § 28 Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer..... | 28 |
| § 15 Beitragszuschlag bei Nichterfüllung der Versicherungspflicht..... | 23 | § 29 Anwendbares Recht..... | 28 |
| | | § 30 Gerichtsstand..... | 28 |
| | | § 31 Erklärungen des Versicherungsnehmers..... | 29 |
| | | § 32 Verjährung..... | 29 |

Präambel

Der Tarif central.privat bietet Versicherungsschutz für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung.

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus

- dem Tarif central.privat:
 -) Abschnitt A: allgemeine Regelungen, die für alle Leistungsbereiche gelten
 -) Abschnitte B bis G: Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbereichen
 -) Abschnitt H: Selbstbeteiligung
 -) Abschnitt I: Dynamisierung
- den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/VV 2013),
- dem Antrag bzw. der Anfrage,
- dem Versicherungsschein,
- weiteren schriftlichen Vereinbarungen und
- den gesetzlichen Vorschriften.

Der Versicherte beteiligt sich an den erstattungsfähigen Aufwendungen mit einem je nach Tarifstufe vereinbarten Prozentsatz (10 %/ 20 %/ 30 %). Diese prozentuale Selbstbeteiligung ist für jeden erwachsenen Versicherten auf einen jährlichen Höchstbetrag (750 €/ 1.500 €/ 3.000 €) begrenzt, bei Kindern und Jugendlichen halbiert sich dieser Höchstbetrag. Die Begrenzung gilt nicht für Leistungen für Zahnersatz, Einlagefüllungen und Zahnkronen sowie Kieferorthopädie.

A 1 Ärzte, Zahnärzte und weitere Behandelnde

Ärzte und Zahnärzte

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Die versicherte Person kann auch Behandlungen in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 Abs. 1 SGB V oder in Krankenhaus- und Notfallambulanzen in Anspruch nehmen, soweit die Abrechnung im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte erfolgt.

Psychotherapeuten

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen ärztlichen Psychotherapeuten sowie den im Arztregister eingetragenen, in eigener Praxis tätigen psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten frei.

Hebammen und Entbindungspfleger

Der versicherten Person steht bei Schwangerschaft und Entbindung die Wahl unter den Hebammen und Entbindungspflegern frei.

Heilpraktiker

Der versicherten Person steht die Wahl unter den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei.

Sonstige Heilberufe

Auf ärztliche Verordnung steht der versicherten Person die Wahl unter Ergotherapeuten (auch Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten), Krankengymnasten, Logopäden/Sprachheilpädagogen, Masseuren, Medizinischen Bademeistern, Physiotherapeuten und – bei diabetischem Fußsyndrom – Podologen frei. Gleiches gilt für staatlich geprüfte Gesundheits- und Krankenpfleger im Bereich der ambulanten häuslichen Behandlungspflege und bei Hospizversorgung.

Keine Leistungspflicht besteht für

- Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte und sonstige Behandelnde, deren Rechnungen die Central aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt; ist zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall bereits eingetreten und noch nicht beendet, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Kundeninformation), Eltern oder Kinder des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person; nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

A 2 Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln

Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in A 1 genannten Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke (auch Internet- oder Versandapotheke) oder einer anderen behördlich zugelassenen Abgabestelle bezogen werden.

A 3 Behandlung im Krankenhaus

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen Krankenhäusern (auch Bundeswehrkrankenhäuser) und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Keine Leistungspflicht besteht für

- Behandlungen in Krankenhäusern, deren Rechnungen die Central aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt; ist zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall bereits eingetreten und noch nicht beendet, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

A 4 Behandlung in sog. gemischten Anstalten

Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von A 3 erfüllen (sog. gemischte Anstalten), sind die Aufwendungen nur dann erstattungsfähig, wenn die Central die Erstattung vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Die vorherige schriftliche Zusage ist nicht erforderlich, wenn

- es sich um medizinisch notwendige Heilbehandlung handelt, die auch in einem Krankenhaus, das keine Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführt und keine Rekonvaleszenten aufnimmt, hätte durchgeführt werden können.
- es sich um eine Notfallbehandlung handelt.
- während des Aufenthalts in der gemischten Anstalt eine akute Erkrankung auftritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erfordert.
- es sich um eine medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung (AHB) handelt und die in E 1 geregelten Voraussetzungen erfüllt sind.

| | |
|---|--|
| A 5 Erstattungsfähige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/ Arzneimittel | Die Central leistet im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Sie leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil schulmedizinische Methoden oder Arzneimittel nicht zur Verfügung stehen; die Central kann jedoch ihre Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre. |
| A 6 Gebührenordnungen/ Gebührenverzeichnis | Erstattungsfähig sind nur Gebühren, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, der Hebammen-Vergütungsvereinbarung oder dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker entsprechen. Wenn die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung überschritten werden, besteht insoweit keine Erstattungsfähigkeit. Bei stationärer Heilbehandlung sind auch Aufwendungen erstattungsfähig, die die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte übersteigen. Voraussetzung ist der Abschluss einer wirksamen Honorarvereinbarung. Im Übrigen gilt hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit von Heilmitteln das Preis-/Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 2) und hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit von zahntechnischen Leistungen das Preis-/Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (vgl. Anlage 3). Im Ausland entstandene Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit sie nach den im jeweiligen Land geltenden Abrechnungsbestimmungen berechnet sind. Abweichende Regelungen gelten bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland (vgl. § 6 Abs. 2 und 3 AVB/VV 2013). |
| A 7 Übermaßbehandlung/ Missverhältnis | Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann die Central ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstige Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist die Central insoweit nicht zur Leistung verpflichtet. |
| A 8 Berücksichtigung von Leistungen anderer Kostenträger | Besteht auch Anspruch auf Leistungen gegen einen anderen Kostenträger (z.B. gesetzliche Unfallversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge) ist die Central nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die vom Anspruch gegen den anderen Kostenträger nicht umfasst sind. Gegebenenfalls bestehende Ansprüche des Versicherungsnehmers auf ein Krankenhaustagegeld bleiben unberührt. |
| A 9 Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete | Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen. |
| A 10 Zeitliche Zuordnung von Leistungen | Die vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen werden dem Zeitpunkt zugeordnet, in dem sie erbracht, bezogen oder in Anspruch genommen wurden. Die Zeitpunkte von Rechnungsstellung und -einreichung sind für die Zuordnung nicht entscheidend. |
| A 11 Einschränkung der Leistungspflicht | Keine Leistungspflicht besteht für <ul style="list-style-type: none"> – Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht sind. Für Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegsereignisse im Ausland verursacht sind, gilt diese Einschränkung der Leistungspflicht nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reise-warnung ausgesprochen hat; – Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind; – vorsätzlich selbst herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen. Die Leistungspflicht ist eingeschränkt für <ul style="list-style-type: none"> – ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen (vgl. E 1) – ambulante und stationäre Kuren (vgl. E 2) – ambulante und stationäre Entwöhnungsmaßnahmen (vgl. E 3), jedoch nicht für Entgiftungen. |
| A 12 Auskunftsrechte | Auskunft bei geplanten Heilbehandlungen Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, in Textform vom Versicherer Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat der Versicherer eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist. |

Auskunft über medizinische Gutachten und Stellungnahmen

Der Versicherungsnehmer oder versicherte Personen können Auskunft über oder Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen nehmen, die der Versicherer bei der Prüfung seiner Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Das Verlangen kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

B Ambulante Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung, Vorsorgeuntersuchung, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft sowie Entbindung und nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch:

| Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen | |
|---|--|
| B 1 Ärztliche Leistungen | Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen. |
| B 2 Ambulante Vorsorgeuntersuchungen | Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen nach den gesetzlich eingeführten Programmen. Dort vorgesehene Altersgrenzen und Intervalle sowie Diagnosebeschränkungen finden keine Anwendung. Darüber hinaus sind Aufwendungen für die Vorsorgeuntersuchungen erstattungsfähig, die in dem Verzeichnis für zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen (vgl. Anlage 1) aufgeführt sind. |
| B 3 Schutzimpfungen | Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die von der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen. Ausgenommen sind Schutzimpfungen aus Anlass von Auslandsreisen. |
| B 4 Heilpraktikerleistungen | Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen eines Heilpraktikers einschließlich verordneter Arzneimittel, Heilmittel gemäß dem Preis-/Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 2) und Hilfsmittel. Die Aufwendungen sind insgesamt bis zu 1.500 € innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Leistungen. |
| B 5 Hebammenleistungen | Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers (inkl. Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik). |
| B 6 Ambulante Psychotherapie | Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante Psychotherapie bis zu 50 Sitzungen je Kalenderjahr einschließlich probatorischer Sitzungen. |
| B 7 Kinderwunschbehandlung | Aufwendungen für assistierte Reproduktion (künstliche Befruchtung inkl. Hormontherapie und Insemination) sind nach vorheriger schriftlicher Zusage insgesamt bis zu 15.000 € innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren erstattungsfähig. Die Central wird die schriftliche Zusage erteilen, sofern folgende Voraussetzungen erfüllt sind: <ul style="list-style-type: none">– Es liegt eine organisch bedingte Sterilität der bei der Central versicherten Person vor und– zum Zeitpunkt der Behandlung hat die Frau das 43. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet und– es besteht eine hinreichende Aussicht auf Erfolg der assistierten Reproduktion. Diese liegt vor, wenn die Wahrscheinlichkeit für den Eintritt einer Schwangerschaft bei mindestens 15 % liegt. Besteht für die Behandlung ein Anspruch des nicht bei der Central versicherten Ehe- oder Lebenspartners gegen einen anderen Kostenträger (z.B. gesetzliche oder private Krankenversicherung), sind nur die Aufwendungen erstattungsfähig, die vom Anspruch gegen den anderen Kostenträger nicht umfasst sind. |
| B 8 Arznei- und Verbandmittel | Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel. Nach ärztlicher Verordnung sind auch Aufwendungen für enterale und parenterale Ernährung erstattungsfähig, wenn aus medizinischen Gründen eine normale Nahrungsaufnahme über den Mund nicht möglich ist. Nicht erstattungsfähig sind: Präparate zur Empfängnisverhütung, zur Raucherentwöhnung, zur Zügelung des Appetits, zur Regulierung des Körpergewichts, zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Verbesserung des Haarwuchses. Produkte zur Körperpflege, diätetische Lebensmittel und Nahrungsergänzungsmittel sind ebenfalls nicht erstattungsfähig. |
| B 9 Heilmittel | Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Heilmittel gemäß dem Preis-/Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 2). |

| | |
|--|--|
| B 10 Hilfsmittel | |
| B 10.1 Sehhilfen | Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen) bis zu 300 € innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren. |
| B 10.2 Weitere Hilfsmittel (außer Sehhilfen) | <p>(I) Erstattungsfähige Hilfsmittel</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel, die Krankheits- oder Unfallfolgen sowie Behinderungen unmittelbar ausgleichen bzw. mildern, den Erfolg der Heilbehandlung sichern oder das Leben erhalten.</p> <p>Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für die Reparatur und Wartung von Hilfsmitteln.</p> <p>Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Produkte, die als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen sind – Produkte, die vorrangig dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind – den Unterhalt und die Betriebskosten von Hilfsmitteln (z.B. Stromkosten und Batterien) – Fieberthermometer, Pulsmessgeräte, Waagen, Wärmelampen, Heiz- und Kältekissen, Mundduschen und Zahnbürsten. <p>Besteht auch ein Anspruch auf Leistungen gegen einen anderen Kostenträger (z.B. Pflegepflichtversicherung), ist die Central nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die vom Anspruch gegen den anderen Kostenträger nicht umfasst sind.</p> <p>(II) Hilfsmittelmanagement</p> <p>Die Central stellt Hilfsmittel im Rahmen ihres Hilfsmittelmanagements zur Verfügung. Werden Hilfsmittel ohne Absprache mit dem Hilfsmittelmanagement der Central selbst beschafft, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen um die Hälfte gekürzt. Diese Kürzung erfolgt nicht, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> – das Hilfsmittel im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Erstversorgung bezogen wird oder – die Aufwendungen für das Hilfsmittel einen Betrag von 500 € nicht überschreiten. Bei wiederholtem Bezug ist die Central berechtigt, für die Zukunft die Einbindung des Hilfsmittelmanagements für dieses Hilfsmittel zu verlangen. |
| B 11 Transport und Unterbringung bei ambulanten Operationen | <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Krankentransporte und Fahrten im unmittelbaren Zusammenhang mit einer ambulanten Operation sowie die Unterbringung außerhalb der Arztpraxis für einen Tag oder eine Nacht im unmittelbaren Anschluss an eine ambulante Operation.</p> <p>Die Aufwendungen sind insgesamt bis zu 300 € je Operation erstattungsfähig.</p> |
| B 12 Transport bei ambulanter Behandlung | <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Krankentransporte im Zusammenhang mit einer ambulanten Notfallbehandlung.</p> <p>Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für Krankentransporte und Fahrten im Zusammenhang mit Chemotherapien, Tiefenbestrahlungen und Dialysebehandlungen. Die Central behält sich vor, die Krankentransporte und Fahrten selbst zu organisieren. Werden Krankentransporte oder Fahrten ohne vorherige Absprache mit der Central durchgeführt, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen um die Hälfte gekürzt.</p> |
| B 13 Häusliche Behandlungspflege | <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante häusliche Behandlungspflege.</p> <p>Behandlungspflege umfasst krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen oder medizinische Hilfeleistungen,</p> <ul style="list-style-type: none"> – die dazu beitragen sollen, die ärztlichen Behandlungsziele zu erreichen, – die in die ärztliche Behandlung eingebunden sind, ohne vom Arzt vorgenommen werden zu müssen, und – die Bestandteil eines ärztlichen Behandlungsplanes sind und vom Arzt verantwortet werden. <p>Ersetzt die häusliche Behandlungspflege eine stationäre Heilbehandlung, sind zusätzlich die Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für bis zu 4 Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig.</p> |

C Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft sowie Entbindung und nicht rechtswidrigem Schwangerschaftsabbruch:

| Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen | |
|--|---|
| C 1 Allgemeine Krankenhausleistungen | Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Allgemeine Krankenhausleistungen. |
| C 2 Belegärztliche Leistungen | Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen eines Belegarztes. |
| C 3 Wahlärztliche Leistungen | Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen eines liquidationsberechtigten Arztes (z.B. Chefarzt). |
| C 4 Stationäre Psychotherapie | Erstattungsfähig sind Aufwendungen für stationäre Psychotherapie. |
| C 5 Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers | Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers. |
| C 6 Zweibettzimmer | Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung bis zur Höhe des Unterkunftszuschlages für das Zweibettzimmer. |
| C 7 Telefon, Fernsehen, Internet | Erstattungsfähig sind die Grundgebühren für Telefon, Fernsehen und Internet. |
| C 8 Begleitperson im Krankenhaus | Erstattungsfähig sind für nach Tarif central.privat versicherte Kinder oder Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres Aufwendungen für die gesondert berechnete Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson im Krankenhaus. |
| C 9 Transporte bei stationärer Behandlung | <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus jeweils bis zu einer Entfernung von 100 km. Sofern innerhalb dieser Entfernung kein Krankenhaus erreichbar ist, das die medizinisch notwendige Behandlung durchführen kann, sind die Aufwendungen für den Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.</p> <p>Aufwendungen für Notfalltransporte in ein Krankenhaus sind auch dann erstattungsfähig, wenn eine stationäre Aufnahme nicht erfolgt.</p> |
| C 10 Wunschverlegung in ein anderes Krankenhaus | <p>Erstattungsfähig sind – unabhängig von der medizinischen Notwendigkeit – Aufwendungen für eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands, einmalig je Versicherungsfall.</p> <p>Voraussetzung ist, dass die Verlegung durch ein bodengebundenes Krankentransportmittel erfolgt.</p> <p>Eine intensivmedizinische Betreuung während des Transportes ist im Rahmen der Wunschverlegung nicht erstattungsfähig.</p> |
| C 11 Bergungskosten | Erstattungsfähig sind Bergungskosten bis zu 2.500 € je Versicherungsfall. |

D Zahnärztliche Behandlung

Erstattungsfähig sind bei zahnärztlicher Behandlung einschließlich prophylaktischer Leistungen:

| Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen | |
|---|---|
| D 1 Zahnbehandlung und prophylaktische Leistungen | Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung (z.B. plastische Zahnfüllungen, Wurzelbehandlungen, parodontologische Leistungen) und prophylaktische Leistungen (z.B. professionelle Zahnreinigung, Fluoridierung der Zahnoberflächen und Parodontalrisiko-Test). |
| D 2 Zahnersatz, Einlagefüllungen und Zahnkronen | Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnersatz (z.B. Brücken, Prothesen, Implantate), Einlagefüllungen (z.B. Inlays, Onlays) und Zahnkronen aller Art, einschließlich des zahnärztlichen Honorars für diese Maßnahmen. Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind gemäß dem Preis-/Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (vgl. Anlage 3) erstattungsfähig. |
| D 3 Kieferorthopädie | Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahn- und Kieferregulierung einschließlich des zahnärztlichen Honorars für diese Maßnahmen, sofern die Behandlung vor Vollendung des 20. Lebensjahres begonnen hat. Die Altersbegrenzung entfällt bei unfallbedingter Behandlung. Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind gemäß dem Preis-/Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (vgl. Anlage 3) erstattungsfähig. |

Heil- und Kostenplan für Leistungen nach D2 und D3

Bei Leistungen nach D 2 und D 3 ist bei einem voraussichtlichen Rechnungsbetrag von mehr als 3.000 € vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan einzureichen. Die Central prüft den Heil- und Kostenplan und teilt schriftlich die zu erwartende Versicherungsleistung mit. Bei fehlender Leistungszusage vor Behandlungsbeginn wird der 3.000 € übersteigende Teil der erstattungsfähigen Aufwendungen um die Hälfte gekürzt.

Begrenzung der Versicherungsleistung nach D2 und D3 (Zahnstaffel)

Die Versicherungsleistung nach Abzug der prozentualen Selbstbeteiligung gemäß Abschnitt H wird für alle unter D 2 und D 3 aufgeführten Aufwendungen in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif central.privat begrenzt, und zwar:

- im ersten Kalenderjahr auf insgesamt 1.000 €,
- in den ersten zwei Kalenderjahren auf insgesamt 2.000 €,
- in den ersten drei Kalenderjahren auf insgesamt 3.000 €,
- in den ersten vier Kalenderjahren auf insgesamt 4.000 €,
- in den ersten fünf Kalenderjahren auf insgesamt 5.000 €.

Die vorgenannte Begrenzung entfällt bei unfallbedingter Behandlung.

Eine unmittelbar vorangegangene Versicherung nach einem anderen Tarif der Central mit Leistungen für zahnärztliche Behandlung – mit Ausnahme der Auslandsreisetarife – wird auf die Zahnstaffel angerechnet, indem auf den Versicherungsbeginn im bisherigen Tarif abgestellt wird und die nach jenem Tarif erbrachten Versicherungsleistungen – begrenzt auf die obigen Beträge – berücksichtigt werden.

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen

| | |
|--|--|
| E 1 Ambulante und stationäre Rehabilitationsmaßnahmen | <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für eine medizinisch notwendige ambulante oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme (einschließlich Anschlussheilbehandlung), soweit die Central vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat. Hat der Versicherte die Möglichkeit, einen anderen Kostenträger (z.B. gesetzlichen Rehabilitationsträger) in Anspruch zu nehmen, und nimmt er diese nicht wahr, ist die Central nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die bei Inanspruchnahme des anderen Kostenträgers notwendig geblieben wären.</p> <p>Die Central verzichtet bei einer medizinisch notwendigen Anschlussheilbehandlung (AHB) auf die vorherige schriftliche Zusage, sofern es sich nicht um eine kurmäßige Rehabilitationsmaßnahme handelt.</p> <p>Bei einer stationären AHB besteht Leistungspflicht nur dann, wenn das Krankenhaus zur Behandlung des Krankheitsbildes geeignet ist und die Maßnahme nicht ambulant durchgeführt werden kann.</p> <p>Die Central empfiehlt dringend, auch bei einer AHB die Frage der Kostenübernahme vor Beginn der AHB zu klären. Nur so kann verhindert werden, dass ein Versicherter die Kosten der AHB unerwartet selbst übernehmen muss.</p> |
| E 2 Ambulante und stationäre Kuren | <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel gemäß dem Preis-/Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 2) im Zusammenhang mit ambulanten oder stationären Kur- oder Sanatoriumsbehandlungen, bei stationären Kuren darüber hinaus Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung.</p> <p>Die Aufwendungen für ambulante und stationäre Kuren sind insgesamt bis zu 1.500 € innerhalb von fünf aufeinander folgenden Kalenderjahren erstattungsfähig.</p> |
| E 3 Ambulante und stationäre Entwöhnungsmaßnahmen | <p>Erstattungsfähig sind nach vorheriger schriftlicher Leistungszusage Aufwendungen für Entwöhnungsmaßnahmen bei substanzgebundenen Suchterkrankungen. Nicht erstattungsfähig sind Entwöhnungsmaßnahmen wegen Nikotinsucht. Die Central wird die schriftliche Zusage erteilen, soweit kein Anspruch gegen einen anderen Kostenträger (z. B. gesetzlicher Rehabilitationsträger) besteht.</p> <p>Bei einer stationär durchgeführten Entwöhnungsmaßnahme sind lediglich Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen bis zu einer Dauer von drei Monaten erstattungsfähig.</p> <p>Erstattungsfähig sind insgesamt bis zu drei Entwöhnungsmaßnahmen innerhalb von zehn Kalenderjahren.</p> |
| E 4 Ambulante und stationäre Hospizleistungen | <p>Erstattungsfähig sind die nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung verbleibenden Aufwendungen für Leistungen eines ambulanten Hospizdienstes mit eigenständigem Versorgungsauftrag oder für die Unterbringung in einem Hospiz, das eine selbstständige Einrichtung der stationären Hospizversorgung mit einem eigenständigen Versorgungsauftrag ist.</p> <p>Die Aufwendungen für ambulante und stationäre Hospizleistungen sind insgesamt bis zu 200 € je Kalendertag erstattungsfähig.</p> |

Ergänzend sind bei Auslandsaufenthalten mit einer Dauer von bis zu 12 Monaten die nachfolgend aufgeführten Aufwendungen erstattungsfähig. Bei Inanspruchnahme von Leistungen ist der Aufenthaltsbeginn im Ausland nachzuweisen.

| Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen | |
|---|---|
| F 1 Krankenrücktransport aus dem Ausland | <p>Erstattungsfähig sind die Mehrkosten für den Rücktransport aus dem Ausland an den Wohnsitz, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> – am Aufenthaltsort bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist oder – aufgrund der Art und Schwere der Erkrankung oder Unfallfolge die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde und die Central innerhalb der ersten Woche nach Beginn der Behandlung über den beabsichtigten Rücktransport informiert wird. <p>Mehrkosten sind die für den Rücktransport zusätzlich entstehenden Kosten, bei minderjährigen Kindern außerdem die Hin- und Rückreisekosten einer Begleitperson.</p> |
| F 2 Überführung/Bestattung im Todesfall | <p>Erstattungsfähig sind im Todesfall die Mehrkosten bis zu 10.000 €, die durch die Bestattung am ausländischen Sterbeort oder die Überführung des Verstorbenen an dessen letzten Wohnsitz entstehen.</p> <p>Mehrkosten sind die Kosten, welche die beim Tod des Versicherten am Wohnsitz üblicherweise entstehenden Kosten übersteigen.</p> |
| F 3 Rückführung mitreisender minderjähriger Kinder | <p>Erstattungsfähig sind die Mehrkosten bis zu 5.000 € je Versicherungsfall für die Rückführung mitreisender minderjähriger Kinder der nach Tarif central.privat versicherten Person aus dem Ausland an den Wohnsitz, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> – die nach Tarif central.privat versicherte Person zurücktransportiert werden muss oder verstorben ist und – keine andere mitreisende erwachsene Person die Betreuung der Kinder übernehmen kann und – für die Kinder bei der Central Versicherungsschutz nach einer Krankheitskostenversicherung besteht. <p>Mehrkosten sind die durch die Rückführung an den Wohnsitz zusätzlich entstehenden Kosten einschließlich der Hin- und Rückreisekosten einer Begleitperson.</p> |

Erstattungsfähige Aufwendungen und Leistungsvoraussetzungen

G 1 Leistungen bei Eintritt einer schweren Erkrankung, Unfallfolge oder Pflegebedürftigkeit

Bei Eintritt einer der nachfolgend aufgeführten schweren Erkrankungen oder Unfallfolgen oder bei Einstufung in die Pflegegrade 2, 3, 4 oder 5 der Pflegepflichtversicherung sind für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres nachfolgende Aufwendungen erstattungsfähig:

- besondere Therapieformen (z.B. therapeutisches Reiten, Delfintherapie)
- sonstige notwendige Maßnahmen (z.B. behindertengerechter Umbau des Wohnraums, Decken-/Treppenliftersystem)

Die Aufwendungen sind insgesamt – unabhängig von der Anzahl der eintretenden Versicherungsfälle – bis zu 25.000 € während der gesamten Vertragslaufzeit erstattungsfähig.

I. Definition

Als schwere Erkrankungen oder Unfallfolgen gelten ausschließlich:

- a) Akuter Herzinfarkt inkl. notwendiger Herzkatheterinterventionen und operativer Maßnahmen (z.B. Bypass-Operationen)
- b) Bösartiger Tumor (Krebs) einschließlich Leukämie und verwandte Formen von Blutkrebs sowie bösartige Erkrankungen der Lymphknoten und/oder des Knochenmarks
- c) Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflicht
- d) Hirnblutung oder akuter Hirninfarkt (Schlaganfall)
- e) Knochenmarksversagen
- f) Multiple Sklerose
- g) Operation am Gehirn bei Neubildungen
- h) Operation eines Hirn- oder Aortenaneurysmas (krankhafte Erweiterung eines Blutgefäßes)
- i) Organtransplantation, sofern die versicherte Person Empfänger eines Herzens, einer Herzklappe, Lunge, Leber, Dünndarms, Niere, Bauchspeicheldrüse oder des Knochenmarks ist
- j) Amputation oder unfallbedingter Verlust von Hand, Unterarm, Arm, Fuß, Unterschenkel oder Bein
- k) Apallisches Syndrom (Wachkoma)
- l) Erblindung auf beiden Augen
- m) Offene Schädel-Hirn-Verletzung oder schweres Schädel-Hirn-Trauma (SHT III)
- n) Poliomyelitis (Kinderlähmung) mit voraussichtlich dauerhafter körperlicher Schädigung
- o) Schwere anerkannte Impfschäden mit voraussichtlich dauerhafter körperlicher Schädigung
- p) Schwere Entzündung des Gehirns und/oder der Hirnhaut (Enzephalitis bzw. Meningitis) mit voraussichtlich dauerhafter körperlicher Schädigung
- q) Traumatisch bedingte Querschnittslähmung
- r) Verbrennungen III. Grades von mindestens 20 % der Hautoberfläche

II. Leistungsvoraussetzungen

Leistungsvoraussetzungen sind, dass

- die schwere Erkrankung oder Unfallfolge fachärztlich festgestellt und durch klinische, radiologische oder histologische Befunde bzw. Laborbefunde bestätigt worden ist; bei Pflegebedürftigkeit ist der Central die vom Medizinischen Dienst der privaten Krankenversicherungen oder der gesetzlichen Krankenkassen vorgenommene Einstufung in den Pflegegrad nachzuweisen, und
- die Aufwendungen im unmittelbaren Zusammenhang mit der schweren Erkrankung, Unfallfolge oder Pflegebedürftigkeit stehen, und
- die entstandenen Kosten nachgewiesen werden.

III. Leistungsausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht für vor Abschluss des Versicherungsvertrags eingetretene Unfälle und deren Folgen sowie für Unfälle oder schwere Erkrankungen, die ursächlich auf Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch oder auf vorsätzlich begangenen Straftaten der versicherten Person beruhen.

G 2 Nachhilfeunterricht bei Schulunfähigkeit

Erstattungsfähig sind für Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres Aufwendungen für Nachhilfeunterricht, wenn die versicherte Person aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls für die Dauer von voraussichtlich mindestens sechs Wochen nicht am Schulunterricht teilnehmen kann. Der Versicherungsschutz umfasst die im Zeitraum von Beginn der Schulunfähigkeit bis drei Monate nach Wiederherstellung der Schulfähigkeit entstandenen Aufwendungen.

Voraussetzung ist, dass der Unterricht von einer ausgebildeten Lehrperson bzw. einem Nachhilfeeinstitut durchgeführt wird. Die Dauer der voraussichtlichen Schulunfähigkeit ist durch ärztliches Attest nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Schulfähigkeit ist der Central unverzüglich anzuzeigen.

Erstattungsfähig sind bis zu 1.000 € je Versicherungsfall.

H Selbstbeteiligung

Von den erstattungsfähigen Aufwendungen nach den Abschnitten B bis G wird eine prozentuale Selbstbeteiligung in Abzug gebracht. Diese ist auf einen jährlichen Höchstbetrag begrenzt, der sich aus der gewählten Tarifstufe ergibt.

Nicht unter den Höchstbetrag fallen Leistungen nach D 2 (Zahnersatz, Einlagefüllungen und Zahnkronen) und D 3 (Kieferorthopädie). Für diese Leistungen wird die Selbstbeteiligung ohne Begrenzung auf einen Höchstbetrag in Abzug gebracht.

Prozentuale Selbstbeteiligung und jährliche Höchstbeträge in den einzelnen Tarifstufen für Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche sind in den folgenden Tabellen geregelt:

Selbstbeteiligung für Erwachsene (ab Vollendung des 21. Lebensjahres)

| Tarifstufe | alle Leistungen außer D 2 (Zahnersatz, Einlagefüllungen und Zahnkronen) und D 3 (Kieferorthopädie) | Leistungen nach D 2 (Zahnersatz, Einlagefüllungen und Zahnkronen) und D 3 (Kieferorthopädie) |
|-----------------|--|--|
| central.privat1 | 10 %, max. 750 € je Kalenderjahr | 10 %, ohne jährlichen Höchstbetrag |
| central.privat2 | 20 %, max. 1.500 € je Kalenderjahr | 20 %, ohne jährlichen Höchstbetrag |
| central.privat3 | 30 %, max. 3.000 € je Kalenderjahr | 30 %, ohne jährlichen Höchstbetrag |

Selbstbeteiligung für Kinder und Jugendliche (bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres)

| Tarifstufe | alle Leistungen außer D 2 (Zahnersatz, Einlagefüllungen und Zahnkronen) und D 3 (Kieferorthopädie) | Leistungen nach D 2 (Zahnersatz, Einlagefüllungen und Zahnkronen) und D 3 (Kieferorthopädie) |
|-----------------|--|--|
| central.privat1 | 10 %, max. 375 € je Kalenderjahr | 10 %, ohne jährlichen Höchstbetrag |
| central.privat2 | 20 %, max. 750 € je Kalenderjahr | 20 %, ohne jährlichen Höchstbetrag |
| central.privat3 | 30 %, max. 1.500 € je Kalenderjahr | 30 %, ohne jährlichen Höchstbetrag |

Im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns reduziert sich der Höchstbetrag der jährlichen Selbstbeteiligung für jeden Monat, in dem die Versicherung nicht bestanden hat, um jeweils 1/12.

Endet die Versicherung nach Tarif central.privat vor Ablauf eines Kalenderjahres oder wird eine andere Selbstbeteiligung gewählt, ermäßigt sich der Höchstbetrag der jährlichen Selbstbeteiligung bis zum Beendigungs- bzw. Umstellungszeitpunkt nicht.

I Dynamisierung

Die Central prüft in regelmäßigen Abständen, ob die in den Preis-/Leistungsverzeichnissen für Heilmittel (vgl. Anlage 2) und zahntechnische Leistungen (vgl. Anlage 3) aufgeführten Leistungen und erstattungsfähigen Höchstbeträge im Hinblick auf den medizinischen Fortschritt und die Preisentwicklung noch angemessen sind. Die Leistungen und Höchstbeträge können angepasst werden, soweit dies zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherten erforderlich erscheint und ein unabhängiger Treuhänder die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Entsprechendes gilt für die im Tarif aufgeführten betragsmäßig festgelegten Leistungsbegrenzungen und Pauschalbeträge.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen an den Versicherungsnehmer folgt.

Voraussetzungen

Der reduzierte Beitrag gilt für Personen, die

- a) – sich in einer Schul- oder Berufsausbildung befinden oder
 - als ordentliche Studierende an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eingeschrieben sind oder
 - eine in Studien- oder Prüfungsordnungen vorgeschriebene berufspraktische Tätigkeit verrichten und
- b) das 21. Lebensjahr vollendet und das 34. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und
- c) kein Entgelt aus hauptberuflicher Tätigkeit erzielen und
- d) keinen Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes oder auf freie Heilfürsorge haben

sowie den in häuslicher Gemeinschaft lebenden Ehe- oder Lebenspartner, der die Voraussetzungen b) bis d) erfüllt.

Beitrag

Der Beitrag richtet sich nach dem erreichten Lebensalter der versicherten Person. Alterungsrückstellungen werden nicht gebildet. Für eine Dauer von jeweils 36 Monaten ab Versicherungsbeginn gemäß Abschnitt J ändert sich der Beitrag nicht wegen des Älterwerdens der versicherten Person. Ab dem 37. Monat ist für die versicherte Person der Beitrag nach dem dann erreichten Lebensalter zu zahlen. § 16 AVB/VV 2013 bleibt hiervon unberührt.

Tarifbezeichnung

Die Tarifbezeichnung für die Versicherung mit reduziertem Beitrag lautet central.privatA.

Wegfall der Voraussetzungen und Fortführung zu nicht reduzierten Beiträgen

Entfällt eine der Voraussetzungen gemäß Abschnitt J, hat dies der Versicherungsnehmer dem Versicherer für jede versicherte Person unverzüglich mitzuteilen. Entfällt die Voraussetzung nach a), b) oder c), wird die Versicherung nach Tarif central.privat zu nicht reduzierten Beiträgen fortgeführt, sofern die Voraussetzung nach d) weiter erfüllt ist. Der Versicherungsnehmer kann dieser Fortführung innerhalb von 3 Monaten nach dem Zeitpunkt des Wegfalls einer der Gründe a) bis c) widersprechen und die Versicherung nach Tarif central.privat kündigen. Die Kündigung wird dann – ggf. rückwirkend – zum Zeitpunkt des Wegfalls der Voraussetzungen gemäß Abschnitt J wirksam.

Entfällt die Voraussetzung nach d), endet die Versicherung nach Tarif central.privat. Sofern ein Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes besteht, kann die versicherte Person gemäß § 204 VVG in einen Tarif der beihilfekonformen Restkostenversicherung bei der Central Krankenversicherung wechseln.

1. Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für alle Versicherten

- 1.1 Großer Gesundheits-Check
einschließlich Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung, Ultraschall-Untersuchung sowie Untersuchung verschiedener Blut- und Stoffwechselwerte
- 1.2 Schilddrüsen-Check
Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung einer Über- oder Unterfunktion der Schilddrüse einschließlich der TSH-Bestimmung
- 1.3 Brain-Check
Hirnleistungs-Test mit Anwendung standardisierter Fragebögen zur Früherkennung von Hirnleistungsstörungen wie z. B. Demenz
- 1.4 Untersuchung des Herzinfarkt-Risikos
Untersuchung zur individuellen Herz-Kreislauf-Risikoeinschätzung, Belastungs-EKG, Ultraschalluntersuchung der Halsschlagader, Blutuntersuchung, insbesondere der Fettwerte und Homocystein
- 1.5 Glaukomvorsorge
Früherkennungsuntersuchung zur Diagnostik des grünen Stars
- 1.6 Diagnostik einer altersabhängigen Makuladegeneration
Früherkennungsuntersuchung der Netzhautmitte mit Gesichtsfelduntersuchung
- 1.7 Osteoporose-Früherkennung
Knochendichtemessung zur Früherkennung der Skeletterkrankung Osteoporose
- 1.8 Schlaganfall-Check
Untersuchung der hirnversorgenden Arterien mittels Doppler-Sonographie zur Früherkennung eines Schlaganfallrisikos
- 1.9 HIV-Test
Test zum Ausschluss einer HIV-Infektion bzw. AIDS-Erkrankung

2. Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche

- 2.1 Neugeborenen-Audio-Check
Untersuchung zur Früherkennung von Schwerhörigkeit
- 2.2 Schielvorsorge
Untersuchung zur Früherkennung einer Sehschwäche im Kleinkind- und Vorschulalter

- 2.3 Zusätzliche Intervall-Checks zu den Kinderfrüherkennungs-Untersuchungen
- U 10 (im Alter von 7-8 Jahren): Erkennen und ggf. Einleitung der Therapie von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen
 - U11 (im Alter von 9-10 Jahren): Erkennen und Behandlungseinleitung von Schulleistungsstörungen, Sozialisations- und Verhaltensstörungen, Zahn-, Mund- und Kieferanomalien, gesundheitsschädigendem Medienverhalten
 - J2 (im Alter von 16-18 Jahren): Erkennen und Behandlungseinleitung von Pubertäts- und Sexualitätsstörungen, Haltungsstörungen, Kropfbildung, Diabetes-Vorsorge, Sozialisations- und Verhaltensstörungen
- 2.4 Fettstoffwechselfvorsorge
Untersuchung zur Früherkennung von Fettstoffwechselstörungen (im Alter von 10-16 Jahren)

3. Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für Frauen

- 3.1 Vorsorge zur Krebs-Früherkennung
- Ultraschalluntersuchung des kleinen Beckens, insbesondere von Gebärmutter und Eierstöcken
 - Ultraschall der Brust
- 3.2 In der Schwangerschaft
- Zusätzliche Ultraschall-Untersuchungen des Feten
 - Triple-Test als zusätzliche Labordiagnostik
 - Nackentransparenz-Messung

4. Zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen für Männer

- Vorsorge zur Krebsfrüherkennung
- Ultraschalluntersuchung von Nieren, Blase und Hoden, Urinanalyse auf Blasenkrebsmarker
 - Bestimmung des prostataspezifischen Antigens (PSA-Test) zur Früherkennung des Prostata-Karzinoms und transrektaler Ultraschall der Prostata

| | Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu | | Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu |
|---|--|--|--|
| 1. Inhalationen | | 3.3 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder, Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten | 31,00 € |
| Inhalationstherapie, auch mittels Ultraschallvernebelung, als Einzelinhalation | 7,00 € | 3.4 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder, Kompressionsbandagierung einer Extremität | 10,00 € |
| 2. Krankengymnastik, Bewegungsübungen | | 3.5 Unterwasserdruckstrahlmassage mit Druck und Temperaturmesseinrichtung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 25,00 € |
| 2.1 Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Massage | 21,00 € | 4. Packungen/Hydrotherapie | |
| 2.2 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten | 25,00 € | 4.1 Heiße Rolle, einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 11,00 € |
| 2.3 Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten | 36,00 € | 4.2 Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien (z.B. Paraffin, Fango-Paraffin, Moor-Paraffin, Pelose, Turbatherm) | 13,00 € |
| 2.4 Krankengymnastik in einer Gruppe (2-8 Personen), auch orthopädisches Turnen, je Teilnehmer | 7,00 € | 4.3 Wärmepackung eines oder mehrerer Körperteile, einschließlich der erforderlichen Nachruhe, bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Pelloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Pelloid | 24,00 € |
| 2.5 Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2-4 Personen), Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer | 11,00 € | 4.4 Schwitzpackung (z.B. spanischer Mantel, Salzhemd, Dreiviertelpackung nach Kneipp), einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 15,00 € |
| 2.6 Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mucoviszidose als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten | 36,00 € | 4.5 Kaltpackung (Teilpackung) incl. Anwendung von Lehm, Quark, o.ä. | 11,00 € |
| 2.7 Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2-5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer | 12,00 € | 4.6 Kaltpackung (Teilpackung) bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Pelloide (Heilerde, Moor, Naturfango, Pelose, Schlamm, Schlick) ohne Verwendung von Folie oder Vlies zwischen Haut und Pelloid | 16,00 € |
| 2.8 Bewegungsübungen | 8,00 € | 4.7 Heublumensack, Peloidkomresse | 10,00 € |
| 2.9 Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung, einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 25,00 € | 4.8 Trockenpackung, Wickel, Auflagen, Kompressen u.a., auch mit Zusatz | 5,00 € |
| 2.10 Krankengymnastik/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer, einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 13,00 € | 4.9 Voll- und Teilguss, Abkatschung, Abreibung, Abwaschung | 5,00 € |
| 2.11 Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten | 24,00 € | 5. Medizinische Bäder | |
| 2.12 Chirogymnastik, einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 16,00 € | 5.1 An- oder absteigendes Teilbad (z.B. Hauffe), Wechselteilbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 13,00 € |
| 2.13 Erweiterte ambulante Physiotherapie, Mindestbehandlungsdauer 120 Minuten, je Behandlungstag | 85,00 € | 5.2 An- oder absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad), Wechsel-Vollbad, Bürstenmassagebad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 20,00 € |
| 2.14 Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich Medizinisches Aufbautraining oder Medizinische Trainingstherapie) je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen), Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten, je Teilnehmer | 36,00 € | 5.3 Naturmoor-Bad, Sandbad, einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 33,00 € |
| 2.15 Extensionsbehandlung (z.B. Glissonschlinge) | 6,00 € | 5.4 Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz, z.B. vegetabilische Extrakte, ätherische Öle, spezielle Emulsionen, mineralische huminsäurehaltige und salicylsäurehaltige Zusätze | 8,00 € |
| 2.16 Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (z.B. Schrägbrett, Extensionstisch, Perl'sches Gerät, Schlingentisch) | 7,00 € | 5.5 Sitzbad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 14,00 € |
| 3. Massagen | | 5.6 Vollbad, Halbbad mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 19,00 € |
| 3.1 Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Reflexzonen-, Segment-, Perio-, Bürsten- und Colonmassage) | 15,00 € | 5.7 Gashaltiges Bad mit Zusatz (z.B. Kohlensäurebad, Sauerstoffbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 24,00 € |
| 3.2 Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder, Großbehandlung, mindestens 30 Minuten | 21,00 € | 5.8 Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad), einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 22,00 € |
| | | 5.9 Weitere Zusätze, je Zusatz | 4,00 € |

| | Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu |
|---|--|
| 6. Kälte-/Wärmebehandlung | |
| 6.1 Eisanwendung, Kältebehandlung (z.B. Kompresse, Eisbeutel, direkte Abreibung) | 10,00 € |
| 6.2 Eisteilbad | 10,00 € |
| 6.3 Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler, auch Infrarot) eines oder mehrerer Körperteile | 6,00 € |
| 7. Elektrotherapie | |
| 7.1 Ultraschall, auch Phonophorese | 7,00 € |
| 7.2 Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hoch- oder niederfrequenten Strömen | 7,00 € |
| 7.3 Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik, bei spastischen oder schlaffen Lähmungen | 12,00 € |
| 7.4 Iontophorese | 7,00 € |
| 7.5 Zwei- oder Vierzellenbad | 12,00 € |
| 7.6 Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad), auch mit Zusatz, einschließlich der erforderlichen Nachruhe | 23,00 € |
| 8. Lichttherapie | |
| 8.1 Behandlung mit Ultraviolettlicht | 6,00 € |
| 8.2 Reizbehandlung mit Ultraviolettlicht | 5,00 € |
| 8.3 Quarzlampendruckbestrahlung | 9,00 € |
| 9. Logopädie | |
| 9.1 Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall | 33,00 € |
| 9.2 Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall | 52,00 € |
| 9.3 Ausführlicher Bericht | 13,00 € |
| 9.4 Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten | 33,00 € |
| 9.5 Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten | 43,00 € |

| | Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu |
|---|--|
| 9.6 Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten | 54,00 € |
| 9.7 Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und ggf. der Eltern, Kindergruppe, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten, je Teilnehmer | 16,00 € |
| 9.8 Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten, Erwachsenengruppe, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer | 19,00 € |
| 10. Beschäftigungstherapie (Ergotherapie) | |
| 10.1 Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall | 33,00 € |
| 10.2 Einzelbehandlung bei motorischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten | 33,00 € |
| 10.3 Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten | 42,00 € |
| 10.4 Einzelbehandlung bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 60 Minuten | 55,00 € |
| 10.5 Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 30 Minuten | 33,00 € |
| 10.6 Gruppenbehandlung, Mindestbehandlungsdauer 45 Minuten, je Teilnehmer | 15,00 € |
| 10.7 Gruppenbehandlung, bei psychischen Störungen, Mindestbehandlungsdauer 90 Minuten, je Teilnehmer | 30,00 € |
| 11. Podologie (bei diabetischem Fußsyndrom) | |
| 11.1 Hornhautabtragung an beiden Füßen | 15,00 € |
| 11.2 Hornhautabtragung an einem Fuß | 9,00 € |
| 11.3 Nagelbearbeitung an beiden Füßen | 14,00 € |
| 11.4 Nagelbearbeitung an einem Fuß | 8,00 € |
| 11.5 Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) | 27,00 € |
| 11.6 Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung) | 15,00 € |

| | Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu | | Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu |
|---|--|----------|--|
| 1. Arbeitsvorbereitung | | | |
| 1.1 | Modell (Situationsmod./Gegenbiss inkl. sockeln, trimmen etc.) | 9,00 € | |
| 1.2 | Modell aus Kunststoff | 25,00 € | |
| 1.3 | Modell doublieren | 24,00 € | |
| 1.4 | Sägemodell inkl. aller vorbereitenden Maßnahmen | 52,00 € | |
| 1.5 | Modell aus feuerfester Masse | 13,00 € | |
| 1.6 | Platzhalter | 20,00 € | |
| 1.7 | Kunststoffstumpf | 17,00 € | |
| 1.8 | Remontage Modell | 33,00 € | |
| 1.9 | Fixator und Montage | 16,00 € | |
| 1.10 | Mittelwertartikulator | 13,00 € | |
| 1.11 | Mittelwertartikulator individuell | 22,00 € | |
| 1.12 | Frontzahnführungsteller individuell | 23,00 € | |
| 1.13 | Montage Gegenkiefermodell | 12,00 € | |
| 1.14 | Einstellen nach Registrat | 13,00 € | |
| 1.15 | Auswerten Registrat | 8,00 € | |
| 2. Herstellung individueller Hilfsmittel | | | |
| 2.1 | Basis für Konstruktionsbiss/Vorbissnahme | 14,00 € | |
| 2.2 | Individueller Löffel/Basis für Autopolymerisat/Funktionslöffel | 31,00 € | |
| 2.3 | Bisswall (Wachsbiss) | 9,00 € | |
| 2.4 | Stützstiftregistrierung | 25,00 € | |
| 2.5 | Vorwall | 16,00 € | |
| 3. Schienen | | | |
| 3.1 | Tiefziehteil je Kiefer | 22,00 € | |
| 3.2 | Aufbisschiene, Knirscherschiene, Bissführungsplatte, Miniplastschiene | 183,00 € | |
| 3.3 | Umarbeiten einer Prothese zum Aufbissbehelf | 74,00 € | |
| 3.4 | Semipermanente Schiene, je Zahn | 17,00 € | |
| 3.5 | Medikamententrägerschiene, Wundverbandplatte | 86,00 € | |
| 3.6 | Schienungskappe | 23,00 € | |
| 3.7 | Obdurator aus Kunststoff | 122,00 € | |
| 3.8 | Resektionskloß | 74,00 € | |
| 3.9 | Flexible Zahnfleischepithese | 133,00 € | |
| 4. Festsitzender Zahnersatz (Inlays, Kronen, Brücken, Provisorien, Teilkronen, Verblendungen etc.) | | | |
| 4.1 | angelieferte Modellation gießen | 26,00 € | |
| 4.2 | provisorische Krone/provisorisches Brückenglied | 50,00 € | |
| 4.3 | Formteil | 30,00 € | |
| 4.4 | Gussfüllung indirekt einflächig | 112,00 € | |
| 4.5 | Gussfüllung indirekt zweiflächig | 112,00 € | |
| 4.6 | Gussfüllung indirekt drei- und mehrflächig/Teilkrone/Onlay | 124,00 € | |
| 4.7 | Inlaygerüst zur Verblendung einflächig (auch Galvano) | 64,00 € | |
| 4.8 | Inlaygerüst zur Verblendung zweiflächig (auch Galvano) | 77,00 € | |
| 4.9 | Inlaygerüst zur Verblendung dreiflächig (auch Galvano) | 90,00 € | |
| 4.10 | Inlaygerüst zur Verblendung mehrflächig/Teilkrone/Onlay (auch Galvano) | 97,00 € | |
| 4.11 | Inlay aus Kunststoff einflächig | 93,00 € | |
| 4.12 | Inlay aus Kunststoff zweiflächig | 106,00 € | |
| 4.13 | Inlay aus Kunststoff mehrflächig/Teilkrone/Onlay | 120,00 € | |
| 4.14 | Keramikinlay einflächig (Cerec, Presskeramik, Procera, Zirkon etc.) | 118,00 € | |
| 4.15 | Keramikinlay zweiflächig (Cerec, Presskeramik, Procera, Zirkon etc.) | 122,00 € | |
| 4.16 | Keramikinlay dreiflächig (Cerec, Presskeramik, Procera, Zirkon etc.) | 126,00 € | |
| 4.17 | Keramikinlay mehrflächig (Cerec, Presskeramik, Procera, Zirkon etc.) | 139,00 € | |
| 4.18 | Veneer/Teilkrone aus Keramik | 203,00 € | |
| 4.19 | Stiftaufbau | 81,00 € | |
| 4.20 | Wurzelstiftkappe mit Aufbau | 80,00 € | |
| 4.21 | Wurzelstiftkappe ohne Aufbau | 36,00 € | |
| 4.22 | Vollgusskrone mit/ohne Stufenpräparation/Teilkrone | 124,00 € | |
| 4.23 | Krone für Kunststoffverblendung | 98,00 € | |
| 4.24 | Gerüstkrone zur Verblendung (Keramik oder Metallgerüst) | 80,00 € | |
| 4.25 | Brückenglied massiv | 82,00 € | |
| 4.26 | Brückenglied für Verblendung | 42,00 € | |
| 4.27 | Brückenglied aus Keramik (Zirkon, Procera etc.) | 121,00 € | |
| 4.28 | Verblendung Keramik | 138,00 € | |
| 4.29 | Verblendung Kunststoff | 81,00 € | |
| 4.30 | Zahnfleisch Keramik | 68,00 € | |
| 4.31 | Zahnfleisch Kunststoff | 28,00 € | |
| 4.32 | Kinderkrone | 113,00 € | |
| 5. Teleskopkronen (Konuskronen), Riegel, Geschiebe, Stege, Anker etc. | | | |
| 5.1 | Teleskopkrone (auch Konuskrone) Primär- und Sekundärteil | 330,00 € | |
| 5.2 | Individueller Steg Grundeinheit (Primär- und Sekundärteil) | 151,00 € | |
| 5.3 | Stegfräsung | 24,00 € | |
| 5.4 | Steglasche/umlaufende Fräsung | 75,00 € | |
| 5.5 | Geschiebefräsung | 37,00 € | |
| 5.6 | Individuelles Steggeschiebe (Primär- und Sekundärteil) | 172,00 € | |
| 5.7 | Individuelles Geschiebe/RSS-Geschiebe (Primär- und Sekundärteil) | 309,00 € | |
| 5.8 | Riegel (Drehriegel, individueller Schwenkriegel etc.) | 200,00 € | |
| 5.9 | Schubverteilungsarm | 71,00 € | |
| 5.10 | Umlaufraste für Schubverteilungsarm | 70,00 € | |
| 5.11 | Konfektionsgeschiebe/-anker | 139,00 € | |
| 5.12 | Friktionsstift/Federbolzen/Schraube etc. | 69,00 € | |
| 5.13 | Bohrung und Fräsung für Friktionsstift/Federbolzen/Schraube etc. | 55,00 € | |
| 5.14 | Lager für Raste | 17,00 € | |
| 5.15 | Schraube etc. einarbeiten | 75,00 € | |
| 6. Implantate | | | |
| 6.1 | Implantat inkl. aller Begleitleistungen | 325,00 € | |
| 6.2 | Parallelbohrschablone für Implantat, je Kiefer | 39,00 € | |
| 6.3 | Kontrollschablone, je Kiefer | 32,00 € | |
| 6.4 | Basis aus Kunststoff auf Implantat | 40,00 € | |
| 6.5 | Implantatkrone- oder Brückenpfeiler herstellen | 95,00 € | |
| 6.6 | Implantatdivergenz-Ausgleichkappe | 80,00 € | |

| | Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu |
|---|--|
| 7. Herausnehmbarer Zahnersatz (partielle- und totale Prothesen, gegossene und gebogene Klammern) | |
| 7.1 Metallbasis | 212,00 € |
| 7.2 Einarmige Klammer gegossen (Inlayklammer/fortlaufende Klammer etc.) | 22,00 € |
| 7.3 Bonyhardklammer/Kralle/Ney-Stiel/Auflage etc. | 14,00 € |
| 7.4 Zweiarmlige Klammer gegossen (Approximalklammer, Ringklammer, Rücklaufklammer etc.) | 35,00 € |
| 7.5 Zweiarmlige Klammer mit Auflage (Approximalklammer, Ringklammer, Rücklaufklammer etc.) | 41,00 € |
| 7.6 Bonwillklammer/Inlayklammer | 70,00 € |
| 7.7 Rückenschutzplatte | 66,00 € |
| 7.8 Lösungsknopf für Friktionsprothese | 27,00 € |
| 7.9 Aufstellung Grundeinheit | 65,00 € |
| 7.10 Aufstellung Wachsbasis je Zahn | 3,00 € |
| 7.11 Aufstellung Metallbasis je Zahn | 5,00 € |
| 7.12 Fertigstellung Grundeinheit | 80,00 € |
| 7.13 Fertigstellung je Zahn | 6,00 € |
| 7.14 Einarmige Klammer, gebogen (Inlayklammer, Approximalklammer etc.) | 13,00 € |
| 7.15 Zweiarmlige Klammer, gebogen | 26,00 € |
| 7.16 Basis aus Weichkunststoff | 147,00 € |
| 7.17 Sonderkunststoff verarbeiten | 109,00 € |
| 8. Reparaturen, Erweiterungen, Wiederherstellen von Zahnersatz | |
| 8.1 Grundeinheit für Instandsetzung und/oder Erweiterung | 35,00 € |
| 8.2 Leistungseinheit Sprung/Bruch/ Einarbeiten Zahn/Sattel befestigen etc. | 14,00 € |
| 8.3 Retention, gebogen | 73,00 € |
| 8.4 Retention, gegossen | 90,00 € |
| 8.5 Basisteil, gegossen | 112,00 € |
| 8.6 Metallverbindung bei Reparatur und/oder Wiederherstellung | 38,00 € |
| 8.7 Teilunterfütterung | 66,00 € |
| 8.8 Vollständige Unterfütterung | 90,00 € |
| 8.9 Wiederherstellen eines indiv./konfekt. Sekundärteils | 133,00 € |
| 8.10 Auswechseln von Konfektionsteilen | 42,00 € |
| 8.11 Kronen- oder Brückenreparatur | 59,00 € |

| | Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu |
|---|--|
| 9. Sonstige | |
| 9.1 Metallverbindung nach keramischem Brand (inkl. Lötmodell etc.) | 43,00 € |
| 9.2 Lötfreie Verbindung Primärteil, je Einheit | 7,00 € |
| 9.3 Lötfreie Verbindung Sekundärteil, je Einheit | 12,00 € |
| 9.4 Laserschweißen/Punktschweißen | 19,00 € |
| 9.5 Versandkosten | 6,00 € |
| 9.6 NEM (Zuschlag bei Nichtedelmetallverarbeitung) | 18,00 € |
| 10. Kieferorthopädie (KFO) | |
| 10.1 Basis für Einzelkiefergerät | 84,00 € |
| 10.2 Basis für bimaxilläres Gerät | 177,00 € |
| 10.3 Schiefe Ebene | 69,00 € |
| 10.4 Vorhofplatte | 94,00 € |
| 10.5 Kinnkappe | 83,00 € |
| 10.6 Aufbiss | 17,00 € |
| 10.7 Weichkunststoff KFO | 77,00 € |
| 10.8 Schraube einarbeiten | 25,00 € |
| 10.9 Spezialschraube einarbeiten | 37,00 € |
| 10.10 Trennen einer Basis | 11,00 € |
| 10.11 Labialbogen intramaxillär mit 2 Schlaufen | 32,00 € |
| 10.12 Labialbogen intramaxillär mit mehr als 2 Schlaufen | 41,00 € |
| 10.13 Labialbogen intermaxillär | 50,00 € |
| 10.14 Feder, offen | 14,00 € |
| 10.15 Feder, geschlossen | 18,00 € |
| 10.16 Häkchen, Sporne, Dorne, Auflagen etc. | 13,00 € |
| 10.17 Lingualbogen | 40,00 € |
| 10.18 Palatinalbogen | 50,00 € |
| 10.19 Positioner | 186,00 € |
| 10.20 Verbindungselement intramaxillär | 37,00 € |
| 10.21 Verbindungselement intermaxillär | 41,00 € |
| 10.22 Verankerungselement | 35,00 € |
| 10.23 Einzelelement einarbeiten | 18,00 € |
| 10.24 Metallverbindung KFO | 25,00 € |
| 10.25 Einarmiges Halte- o. Abstützelement, je Zahn | 15,00 € |
| 10.26 Mehrarmiges Halte- o. Abstützelement, je Zahn | 26,00 € |
| 10.27 Dehn- und/oder Regulierungselement | 12,00 € |
| 10.28 Remontieren KFO-Gerät | 75,00 € |

Hinweise:

Die genannten Beträge begrenzen die erstattungsfähigen Aufwendungen vor Berücksichtigung der Mehrwertsteuer. Die jeweils gültige Mehrwertsteuer ist zusätzlich erstattungsfähig. Darüber hinaus können Sachkosten nach § 4 Abs. 3 GOZ oder § 10 Abs. 1 GOÄ neben den Gebühren berechnet werden, soweit die Gebührenordnungen eine gesonderte Berechnung ausdrücklich zulassen. Lagerhaltungs- und Regiekosten/Depotführung sind nicht erstattungsfähig.

Versicherungsschutz

| | |
|---|--|
| § 1 Gegenstand der Versicherung | <p>(1) Allgemeines</p> <p>Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen. Sofern vereinbart, erbringt er auch damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.</p> <p>(2) Versicherungsfall</p> <p>Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.</p> <p>Als Versicherungsfall gelten auch</p> <ul style="list-style-type: none">– Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,– medizinisch notwendige Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),– der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch,– weitere im Tarif genannte Ereignisse. |
| § 2 Umfang des Versicherungsschutzes | <p>Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Tarif, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/VV 2013), dem Antrag bzw. der Anfrage, dem Versicherungsschein, weiteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften.</p> |
| § 3 Beginn des Versicherungsschutzes | <p>Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten diese Regelungen nur für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.</p> |
| § 4 Wartezeiten | <p>Bei Personen, die aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung oder einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausscheiden, wird auf Wartezeiten verzichtet, wenn die Versicherung zum unmittelbaren Anschluss an die bisherige Versicherung beantragt wird. Dies gilt auch für Personen, die aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge ausscheiden.</p> <p>Im Übrigen beträgt die Wartezeit drei Monate. Für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie beträgt sie acht Monate.</p> <p>Die Wartezeit entfällt</p> <ul style="list-style-type: none">– bei Unfällen,– für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird. <p>Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.</p> <p>Abweichende Regelungen zu Wartezeiten können getroffen werden.</p> |
| § 5 Ende des Versicherungsschutzes | <p>Der Versicherungsschutz endet – auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.</p> |

§ 6

Geltungsbereich und Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten

(1) Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU), den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) sowie der Schweiz.

Während der ersten 12 Monate eines Aufenthalts in einem anderen Land besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über 12 Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

(2) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedsstaat der EU, einen anderen Vertragsstaat des EWR oder die Schweiz

Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedsstaat der EU, einen anderen Vertragsstaat des EWR oder die Schweiz bleibt der Versicherer ab dem 13. Monat nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätte. In diesem Fall findet A 6, letzter Absatz, keine Anwendung.

Alternativ kann der Versicherungsnehmer gegen Zahlung eines Beitragszuschlags die Erstattung nach den im jeweiligen Land geltenden Abrechnungsbestimmungen (vgl. A 6, letzter Absatz) auch ab dem 13. Monat nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts mitversichern. Dieses Wahlrecht muss während der ersten 12 Monate nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ausgeübt werden. Der Beitragszuschlag ist ab dem 13. Aufenthaltsmonat zu zahlen und entfällt bei Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthalts nach Deutschland.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land außerhalb der EU, des EWR oder der Schweiz

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land außerhalb der EU, des EWR und der Schweiz setzt sich das Versicherungsverhältnis gemäß Abs. 1 Satz 2 für 12 Monate fort, solange der Versicherungsnehmer nicht die Beendigung gegenüber der Central geltend macht. Die Beendigung kann nicht rückwirkend geltend gemacht werden.

Das Versicherungsverhältnis endet 12 Monate nach der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland.

Zeigt der Versicherungsnehmer vor Ablauf des 12. Monats nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts an, dass er den Vertrag fortführen will, wird die Central ihm ein Angebot zur unbefristeten Fortführung der bestehenden Versicherung gegen Zahlung eines Beitragszuschlages unterbreiten. An dieses Angebot ist die Central für die Dauer von sechs Wochen gebunden.

Nimmt der Versicherungsnehmer das Angebot zur Fortführung der Versicherung an, ist der Beitragszuschlag ab dem 13. Monat nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland zu zahlen. Er entfällt bei Rückverlegung des gewöhnlichen Aufenthalts nach Deutschland.

Nimmt der Versicherungsnehmer das Angebot über die Fortführung der Versicherung nicht an, endet die Versicherung – ggf. auch rückwirkend – mit Ablauf des 12. Monats nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland.

Leistungen des Versicherers

§ 7

Fälligkeit der Leistungen

Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

Rechnungen müssen im Original vorgelegt werden. Sie müssen enthalten:

- den Namen und das Geburtsdatum der behandelten Person,
- die Krankheitsbezeichnung (Diagnose),
- das Behandlungsdatum,
- Angaben der einzelnen Leistungen unter Bezugnahme auf die angewandte Gebührenregelung.

Besteht ein anderweitiger Leistungsanspruch für denselben Versicherungsfall und wird dieser zuerst geltend gemacht, können Rechnungen auch in Zweitschrift mit Bestätigung eines anderen Versicherungsträgers über die erbrachten Leistungen vorgelegt werden.

Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG, siehe Kundeninformation).

§ 8

Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Leistungsempfänger

Der Anspruch auf Auszahlung der Versicherungsleistungen steht dem Versicherungsnehmer zu.

Der Versicherungsnehmer kann auch eine versicherte Person in Textform als empfangsberechtigt für ihre Versicherungsleistungen benennen. Der Versicherer ist dann verpflichtet, insoweit ausschließlich an diese zu leisten.

Der Versicherer ist berechtigt, an den Überbringer oder Übersender von ordnungsmäßigen Nachweisen zu leisten, sofern der Versicherungsnehmer nichts anderes bestimmt hat.

(2) Belege in Fremdwährung

Die in Fremdwährung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs der Europäischen Zentralbank des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Weist die versicherte Person durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat, gilt dieser Kurs.

(3) uberweisungs- und ubersetzungskosten

Die Überweisung der Versicherungsleistung erfolgt kostenfrei auf ein inländisches Konto; bei Überweisung auf ein ausländisches Konto können anfallende Gebühren mit den Leistungen verrechnet werden. Die Kosten für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

§ 9 Abtretung und Verpfändung

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Krankenhausausweis (Card für Privatversicherte) ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot für die darauf genannten Leistungen nicht.

§ 10 Überschussbeteiligung/ Beitragsrückerstattung

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Aufsichtsrats die Beträge, die für die Überschussbeteiligung der Versicherten zurückzustellen sind. Zum Zweck einer Beitragsentlastung, insbesondere im Alter, werden nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) der Alterungsrückstellung zusätzliche Beträge zugeführt und verwendet. Soweit Beträge den Versicherten nicht direkt oder indirekt gutzuschreiben sind, werden sie in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellt. Die in dieser Rückstellung angesammelten Beträge werden nur für die Versicherten verwendet. Dies kann geschehen durch Auszahlung oder Gutschrift von Beitragsteilen, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehore in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte uberschussanteile entfällt, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines drohenden Notstandes heranzuziehen.

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, den Zeitpunkt und die Voraussetzungen der Verwendung der Mittel aus der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung. Der Vorstand bestimmt ebenfalls mit Zustimmung des Treuhänders Zeitpunkt und Höhe der Entnahme sowie die Verwendung von Mitteln aus der Rückstellung für erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung, soweit sie nach § 150 Abs. 4 VAG zur Vermeidung oder Begrenzung von Beitragserhöhungen zu verwenden sind.

Beiträge

§ 11 Fälligkeit und Zahlungsweise

(1) Fälligkeit der Beiträge

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Er ist ab Beginn der Versicherung am Ersten eines jeden Monats fällig.

(2) Lastschriftinzug

Ist der Einzug der Beiträge von einem vom Versicherungsnehmer benannten Konto vereinbart und kommt es zu zwei oder mehr fehlgeschlagenen Einzugsversuchen durch den Versicherer, kann der Versicherer die Zahlung der ausstehenden und künftigen Beiträge durch Überweisung verlangen. Zu weiteren Einziehungsversuchen ist der Versicherer bis auf Widerruf durch den Versicherungsnehmer berechtigt, aber nicht verpflichtet.

(3) Sonstige Zahlungsweise

Soweit keine Einzugsermächtigung erteilt wird, sind die Beiträge auf das vom Versicherer angegebene Konto zu zahlen.

§ 12 Berechnung des Beitrags

(1) Allgemeines

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt. Die Höhe der Beiträge richtet sich insbesondere nach dem Tarif und dem bei Versicherungsbeginn erreichten Lebensalter der versicherten Person sowie ggf. einer nach § 204 Abs. 1 Nr. 2 VVG (siehe Kundeninformation) übertragenen Alterungsrückstellung. Liegt ein erhöhtes Risiko vor, können Risikozuschläge vereinbart werden.

(2) Beitragsänderung bei Vollendung des 15. bzw. 21. Lebensjahres

Für Kinder ist vom Beginn des Monats an, der der Vollendung des 15. Lebensjahres folgt, der bis zum 21. Lebensjahr gültige Beitrag für Jugendliche zu entrichten. Entsprechend ist mit der Vollendung des 21. Lebensjahres der Beitrag für Erwachsene zu zahlen.

(3) Auswirkungen des Alters bei Beitragsänderungen

Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden der Tarif und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(4) Risikozuschläge bei Beitragsänderungen

Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(5) Risikozuschläge/Leistungsausschlüsse bei Vertragsänderungen

Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, kann der Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag auf den Beitrag verlangen. Der Zuschlag bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

(6) Anteiliger Monatsbeitrag

Beginnt die Versicherung nicht am Ersten eines Monats oder endet die Versicherung nicht am Letzten eines Monats, ist der erste bzw. letzte Monatsbeitrag nur anteilig zu zahlen.

§ 13

Nichtzahlung der Beiträge

Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Kundeninformation) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Kundeninformation) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung. Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Kundeninformation) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

§ 14

Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung

Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Kundeninformation) oder durch vom Versicherer erklärte Anfechtung wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.

§ 15

Beitragszuschlag bei Nichterfüllung der Versicherungspflicht

Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG, siehe Kundeninformation) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

Änderungen des Versicherungsvertrags

§ 16

Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag

(1) Voraussetzungen

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen oder die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten (durch Betrachtung von Barwerten) für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Unter den gleichen Voraussetzungen können auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend angepasst werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Gewährleistung der Beitragsgarantie im Standardtarif und des unternehmensübergreifenden Ausgleichs erforderliche Zuschlag (§ 18 Abs. 3) sowie der Zuschlag zur Umlage der Begrenzung der Beitragshöhe im Basistarif und zur Umlage von Mehraufwendungen durch Vorerkrankungen für den Basistarif (§ 18 Abs. 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) Verzicht auf eine Beitragsanpassung

Der Versicherer kann von einer Beitragsanpassung absehen, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.

(3) Wirksamwerden

Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und eventuell vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

§ 17

Nachträgliche Änderung der Versicherungsbedingungen

(1) Änderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarif den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ersetzung unwirksamer Klauseln

Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 18

Tarifwechsel

(1) Wechsel in einen anderen Tarif

Der Versicherungsnehmer kann den Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Ein Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Bei einem Wechsel bleiben die erworbenen Rechte erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann der Versicherer bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für die Mehrleistung einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Der Versicherungsnehmer kann Risikozuschlag und Wartezeit abwenden, indem er stattdessen für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss wählt. Der Wechselanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Kundeninformation) ist ausgeschlossen.

(2) Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann bei Vorliegen der Voraussetzungen des § 204 Abs. 1 Nr. 1 VVG (siehe Kundeninformation) verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages unter Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit (Beitragsbegrenzungen) wechseln. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Basistarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Basistarif folgt. Der Anspruch auf Wechsel in den Basistarif besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Zur Umlage der Begrenzung der Beitragshöhe im Basistarif sowie zur Umlage der Mehraufwendungen durch Vorerkrankungen für den Basistarif wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben.

(3) Wechsel in den Standardtarif

Für substitutive Krankheitskostenversicherungen, die bis zum 31. Dezember 2008 abgeschlossen wurden, kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die Voraussetzungen des § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Kundeninformation) erfüllen, unter Anrechnung der erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln. Neben dem Standardtarif darf keine weitere Krankheitskostenversicherung bestehen. Abs. 2 Satz 2 gilt entsprechend. Zur Gewährleistung der Beitragsgarantie im Standardtarif und des unternehmensübergreifenden Ausgleichs wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben.

§ 19

Versicherung von Neugeborenen, Adoption

(1) Garantierter Versicherungsschutz bei fristgerechter Anmeldung

Für Neugeborene beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten mit der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Erfolgt der Vertragsschluss eines Elternteils vor Beginn der 21. Schwangerschaftswoche, kann die Kindernachversicherung gemäß den Bestimmungen des vorangegangenen Satzes auch dann erfolgen, wenn ein Elternteil am Tage der Geburt weniger als drei Monate beim Versicherer versichert ist.

Bei einer fristgerechten Anmeldung kann jeder Versicherungsschutz gewählt werden, der nicht höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils ist. Dabei ist auch eine geringere tarifliche Selbstbeteiligung möglich. Versicherungsschutz besteht auch für alle vor der Geburt entstandenen Krankheiten und Anomalien sowie Geburtsschäden.

(2) Späterer Antrag/Erweiterung des Versicherungsschutzes

Wird der Versicherungsschutz nach Ablauf der Anmeldefrist nach Abs. 1 beantragt oder ist der beantragte Versicherungsschutz für das Neugeborene höher oder umfassender als der des versicherten Elternteils, ist eine Risikoprüfung erforderlich.

(3) Adoption

Minderjährige adoptierte Kinder können entsprechend Abs. 1 angemeldet werden. Besteht ein erhöhtes Risiko, ist die Vereinbarung eines Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig. Im Übrigen steht die Adoption der Geburt gleich.

(4) Zurechnung der Aufwendungen für das Neugeborene

Die Aufwendungen für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung des gesunden Neugeborenen gelten als für die Mutter entstanden.

Pflichten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person (Obliegenheiten)

| | |
|--|--|
| § 20 Allgemeines | Versicherungsnehmer und versicherte Person haben die in den §§ 21 bis 23 aufgeführten Obliegenheiten zu erfüllen. Dabei stehen Kenntnis und Verhalten der versicherten Person der Kenntnis und dem Verhalten des Versicherungsnehmers gleich. |
| § 21 Einzelne Obliegenheiten | <p>(1) Erteilung von Auskünften</p> <p>Versicherungsnehmer und versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers oder ihres Umfangs erforderlich ist.</p> <p>(2) Ärztliche Untersuchung</p> <p>Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.</p> <p>(3) Schadenminderung</p> <p>Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.</p> <p>(4) Unterrichtung über anderweitigen Versicherungsschutz</p> <p>Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.</p> <p>(5) Änderung von Name oder Anschrift</p> <p>Änderungen seiner Anschrift (Wohnsitz oder Geschäfts- bzw. Gewerbebetrieb) oder seines Namens hat der Versicherungsnehmer unverzüglich mitzuteilen. Sonst gelten Erklärungen, die der Versicherer mit eingeschriebenem Brief an die letzte ihm bekannte Anschrift sendet, drei Tage nach Absendung als zugegangen.</p> <p>(6) Folgen von Obliegenheitsverletzungen</p> <p>Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abs. 1 bis 4 wird der Versicherer mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Kundeninformation) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.</p> |
| § 22 Ersatzansprüche gegen Dritte | <p>(1) Abtretung</p> <p>Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG (siehe Kundeninformation), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) zu leisten ist, an den Versicherer schriftlich abzutreten.</p> <p>(2) Mitwirkung</p> <p>Versicherungsnehmer und versicherte Person haben einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.</p> <p>(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen</p> <p>Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Abs. 1 und 2, wird der Versicherer mit den in § 86 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Kundeninformation) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, soweit er infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann.</p> |
| § 23 Rückzahlungsansprüche gegen Leistungserbringer | Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, gilt § 22 entsprechend. |

Dauer und Ende der Versicherung

| | |
|---|---|
| § 24 Vertragsdauer und Versicherungsjahr | <p>(1) Vertragsdauer</p> <p>Das Versicherungsverhältnis ist unbefristet. Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre. Für Ausbildungskrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.</p> <p>(2) Berechnung des Versicherungsjahrs</p> <p>Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre entsprechen dem Kalenderjahr.</p> |
| § 25 Kündigung durch den Versicherungsnehmer | <p>(1) Allgemeine Kündigungsvoraussetzungen</p> <p>Soweit eine Pflicht zur Versicherung nach § 193 Abs. 3 VVG (siehe Kundeninformation) besteht, kann der Versicherungsnehmer die Versicherung nur dann kündigen, wenn die versicherte Person ohne Unterbrechung anderweitig krankenversichert wird. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Termin, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Termin erbracht werden. Kenntnissnahme durch die versicherte Person und Nachweis der Folgeversicherung sind Wirksamkeitsvoraussetzungen für alle Kündigungen durch den Versicherungsnehmer.</p> <p>(2) Ordentliche Kündigung</p> <p>Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer, mit einer Frist von drei Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.</p> <p>(3) Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung</p> <p>Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Später kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis gleich. Der Beitrag steht dem Versicherer bis zum Wirksamwerden der Kündigung zu.</p> <p>Der Versicherungsnehmer kann gleichzeitig mit der Kündigung die nahtlose Fortführung des Versicherungsverhältnisses im Rahmen einer Krankheitskostenteilversicherung (Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung) verlangen. Die Fortführung erfolgt ohne Wartezeiten und ohne erneute Risikoprüfung, soweit sich der versicherte Leistungsumfang nicht erhöht.</p> <p>(4) Vertraglich geregelte Beitragsänderung</p> <p>Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.</p> <p>(5) Erhöhung des Beitrags oder Minderung der Leistung</p> <p>Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Anpassungsklausel oder vermindert er seine Leistung, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.</p> <p>(6) Anspruch auf Aufhebung der Versicherung</p> <p>Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer eine Anfechtung oder einen Rücktritt nur für einzelne Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Ende des Monats verlangen, in dem die Erklärung zugegangen ist.</p> |

(7) Übertragungswert

Für ab dem 1.1.2009 geschlossene Krankheitskostenversicherungen kann der Versicherungsnehmer bei Kündigung der Versicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG, siehe Kundeninformation) bei einem anderen Versicherer verlangen, dass der Übertragungswert der versicherten Person nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Kundeninformation) an den neuen Versicherer übertragen wird.

Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

(8) Fortführung als Anwartschaftsversicherung

Versicherungsnehmer und versicherte Person haben das Recht, einen gekündigten Versicherungsvertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzuführen.

§ 26

Kündigung durch den Versicherer

Der Versicherer kann die Versicherung nicht ordentlich kündigen.

§ 27

Beendigung und Fortsetzung der Versicherung

(1) Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung zu erklären. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn die versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

(2) Trennung/Scheidung

Ein getrennt lebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener kann seinen Vertragsteil als selbstständige Versicherung fortsetzen. Entsprechendes gilt für den getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

Hierzu gilt § 6 Abs. 3.

(4) Tod

Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses hat der künftige Versicherungsnehmer innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers zu erklären.

Beim Tod einer versicherten Person endet das Versicherungsverhältnis dieser Person.

Weitere Regelungen

§ 28

Aufrechnung durch den Versicherungsnehmer

Gegen Forderungen des Versicherers ist eine Aufrechnung nur zulässig, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 29

Anwendbares Recht

Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

§ 30

Gerichtsstand

(1) Klagen des Versicherungsnehmers

Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Sitz des Versicherers oder einer vertragsführenden Niederlassung oder bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers erhoben werden.

(2) Klagen des Versicherers

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist – außer bei Widerklagen des Versicherers – das Gericht des Ortes ausschließlich zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(3) Wohnsitzverlegung und unbekannter Wohnsitz

Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt an einen Ort außerhalb Deutschlands oder ist der Wohnsitz oder gewöhnliche Aufenthalt des Versicherungsnehmers zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, können Klagen aus dem Versicherungsvertrag nur am Gericht des Sitzes des Versicherers erhoben werden.

§ 31
Erklärungen des
Versicherungsnehmers

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 32
Verjährung

(1) Verjährungsfrist

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.

(2) Hemmung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag beim Versicherer angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem die Entscheidung des Versicherers dem Anspruchsteller in Textform zugeht.

Central Krankenversicherung AG


Hansaring 40-50

50670 Köln

Telefon 02 21/16 36 - 0

Telefax 02 21/16 36 - 2 00

www.central.de

Ein Unternehmen der 
GENERALI