

Tarif central.vario (vario)

	Seite		Seite
A	Allgemeine Regelungen.....	4	
B	Versicherungsleistungen bei ambulanter Heilbehandlung.....	7	
C	Versicherungsleistungen bei stationärer Heilbehandlung.....	10	
D	Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung.....	11	
E	Zusätzliche Versicherungsleistungen bei Auslandsaufenthalt von bis zu 12 Monaten.....	12	
F	Selbstbeteiligung.....	12	
G	Optionsrechte.....	13	
H	Garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit (Pauschalleistung).....	14	
I	Dynamisierung.....	14	
			Anlage 1
			Verzeichnis für zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen.....
			15
			Anlage 2
			Preis-/Leistungsverzeichnis für Heilmittel.....
			16
			Anlage 3
			Preis-/Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen.....
			18

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB/VV 2009)

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

Tarif central.vario (vario)



MIT LEISTUNGEN FÜR AMBULANTE, STATIONÄRE UND ZAHNÄRZTLICHE BEHANDLUNG

Der Tarif vario gilt in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenvollversicherung (AVB/VV 2009).

Versicherungsschutz nach dem Bausteinprinzip

Der Tarif vario ist nach dem Bausteinprinzip aufgebaut. Er wird in unterschiedlichen Tarifstufen angeboten, die sich aus je einem Ambulant-, Stationär- und Zahnbaustein sowie einer Selbstbeteiligung (SB) zusammensetzen. Einige Tarifstufen beinhalten zusätzlich eine garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit (Pauschalleistung).

Die Bausteine (Ambulant, Stationär und Zahn) werden jeweils in den Leistungsstufen ECO, PLUS und TOP angeboten.

Wählbare Tarifstufen ohne Pauschalleistung

Tarifstufe	SB Männer/Frauen	SB Kinder/Jugendl.	Ambulant	Stationär	Zahn
V111S1	325 €	300 €	TOP	TOP	TOP
V111S2	650 €	650 €			
V111S3	1.300 €	1.300 €			
V112S1	325 €	300 €	TOP	TOP	PLUS
V112S2	650 €	650 €			
V112S3	1.300 €	1.300 €			
V121S1	325 €	300 €	TOP	PLUS	TOP
V121S2	650 €	650 €			
V121S3	1.300 €	1.300 €			
V211S1	325 €	300 €	PLUS	TOP	TOP
V211S2	800 €	650 €			
V211S3	1.300 €	1.300 €			
V122S1	325 €	300 €	TOP	PLUS	PLUS
V122S2	650 €	650 €			
V122S3	1.300 €	1.300 €			
V212S1	325 €	300 €	PLUS	TOP	PLUS
V212S2	800 €	650 €			
V212S3	1.300 €	1.300 €			
V221S1	325 €	300 €	PLUS	PLUS	TOP
V221S2	800 €	650 €			
V221S3	1.300 €	1.300 €			
V222S1	325 €	300 €	PLUS	PLUS	PLUS
V222S2	800 €	650 €			
V222S3	1.300 €	1.300 €			
V223S1	325 €	300 €	PLUS	PLUS	ECO
V223S2	800 €	650 €			
V223S3	1.300 €	1.300 €			
V322S1	325 €	300 €	ECO	PLUS	PLUS
V322S2	800 €	650 €			
V322S3	1.300 €	1.300 €			
V323S1	325 €	300 €	ECO	PLUS	ECO
V323S2	800 €	650 €			
V323S3	1.300 €	1.300 €			

Wählbare Tarifstufen ohne Pauschalleistung

Tarifstufe	SB Männer/Frauen	SB Kinder/Jugendl.	Ambulant	Stationär	Zahn
V232S1	425 €	300 €	PLUS	ECO	PLUS
V232S2	900 €	600 €			
V232S3	1.550 €	1.200 €			
V233S1	425 €	300 €	PLUS	ECO	ECO
V233S2	900 €	600 €			
V233S3	1.550 €	1.200 €			
V332S1	425 €	300 €	ECO	ECO	PLUS
V332S2	900 €	600 €			
V332S3	1.550 €	1.200 €			
V333S1	425 €	300 €	ECO	ECO	ECO
V333S2	900 €	600 €			
V333S3	1.550 €	1.200 €			
V333S4	2.900 €	2.900 €			

Wählbare Tarifstufen mit Pauschalleistung

Tarifstufe	SB Männer/Frauen	SB Kinder/Jugendl.	Ambulant	Stationär	Zahn
V111S2P	650 €	650 €	TOP	TOP	TOP
V222S2P	800 €	650 €	PLUS	PLUS	PLUS
V333S2P	900 €	600 €	ECO	ECO	ECO

Einzelheiten zur Pauschalleistung sind in Abschnitt H geregelt.

Die nachfolgenden Bestimmungen gelten für alle Tarifstufen.

A 1 Ärzte, Zahnärzte und weitere Behandelnde**Ärzte, Zahnärzte und MVZ**

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 in Anspruch nehmen, soweit die Abrechnung im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte erfolgt.

Psychotherapeuten

Psychotherapeuten können in Anspruch genommen werden, soweit der gewählte Versicherungsschutz dies vorsieht. 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

Bei Schwangerschaft und Entbindung können Hebammen/Entbindungspfleger in Anspruch genommen werden.

Heilpraktiker

Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes können in Anspruch genommen werden, soweit der gewählte Versicherungsschutz dies vorsieht.

Sonstige Heilberufe

Auf ärztliche Verordnung können auch Beschäftigungs-/Arbeitstherapeuten, Ergotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden/Sprachheilpädagogen, Masseur, Medizinische Bademeister, Physiotherapeuten und bei diabetischem Fußsyndrom Podologen in Anspruch genommen werden. Gleiches gilt für staatlich geprüfte Gesundheits- und Krankenpfleger im Bereich der ambulanten häuslichen Behandlungspflege, wenn dadurch eine ärztliche Heilbehandlung ersetzt wird.

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 Ärzten, Zahnärzten bzw. 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 und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Versichert ist auch die ambulante ärztliche und zahnärztliche Heilbehandlung in einem Krankenhaus, wenn die Rechnungsstellung im Rahmen der Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte erfolgt.

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), werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn die Central diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Die vorherige schriftliche Zusage ist nicht erforderlich, wenn

- es sich um eine Notfallbehandlung handelt,
- die gemischte Anstalt das einzige Versorgungskrankenhaus am Wohnort des Versicherten oder in der Umgebung ist oder
- während des Aufenthalts in der gemischten Anstalt eine akute Erkrankung auftritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung erfordert.

A 5 Rehabilitationsmaßnahmen	Die Aufwendungen einer medizinisch notwendigen ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahme (einschließlich Anschlussheilbehandlung) werden erstattet, soweit die Central vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme eine schriftliche Leistungszusage erteilt hat. Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger, ist die Central nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.
A 6 Kur- und Sanatoriumsbehandlung	Die Aufwendungen einer ambulanten Kurbehandlung oder stationären Kur- oder Sanatoriumsbehandlung werden erstattet, soweit der gewählte Versicherungsschutz dies vorsieht.
A 7 Erstattungsfähige Untersuchungs- und Behandlungsmethoden/ Arzneimittel	Die Central leistet im vertraglichen 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 8 Gebührenordnungen/ Gebührenverzeichnis	<p>Erstattungsfähig sind nur Gebühren, die den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, der Hebammen-Vergütungsvereinbarung oder dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker entsprechen.</p> <p>Wenn die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung überschritten werden, besteht insoweit keine Erstattungsfähigkeit.</p> <p>In der Leistungsstufe TOP sind bei ärztlichen, zahnärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungen auch Aufwendungen erstattungsfähig, die die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung übersteigen. Voraussetzung ist der Abschluss einer wirksamen Honorarvereinbarung.</p> <p>Im Übrigen gilt hinsichtlich der Erstattungsfähigkeit von Heilmitteln das Preis-/Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 2) und der Erstattungsfähigkeit von zahntechnischen Leistungen das Preis-/Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen (vgl. Anlage 3).</p>
A 9 Übermaßbehandlung/ Missverhältnis	<p>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.</p> <p>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.</p>
A 10 Berücksichtigung von Leistungen anderer Kostenträger	Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, ist die Central nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Gegebenenfalls bestehende Ansprüche des Versicherungsnehmers auf ein Krankenhaustagegeld sind hiervon nicht berührt.
A 11 Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete	Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.
A 12 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 13 Einschränkung der Leistungspflicht	<p>Keine Leistungspflicht besteht für</p> <ul style="list-style-type: none"> – Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die durch Kriegereignisse im Ausland verursacht sind, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthalts eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthalts ausgesprochen, besteht so lange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist; – Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind; – vorsätzlich selbst herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen; – Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren mit Ausnahme der ersten stationären Entziehungsmaßnahme (vgl. C 12).
A 14 Auskunftsrechte	<p>Auskunft bei geplanten Heilbehandlungen</p> <p>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.</p>

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 Versicherungsleistungen bei ambulanter Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung, Vorsorgeuntersuchung, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft sowie Entbindung und Fehlgeburt die in der untenstehenden Tabelle aufgeführten Aufwendungen.

Primärarztprinzip

In den Leistungsstufen ECO und PLUS sind Aufwendungen bei ambulanter Heilbehandlung wie folgt erstattungsfähig:

- zu 100 %, wenn die Heilbehandlung durch einen Primärarzt erfolgt oder verordnet wird.

Als Primärärzte gelten ausschließlich:

- Praktische Ärzte ohne Facharztbezeichnung
- Fachärzte für Allgemeinmedizin, soweit sie keine weitere Facharztbezeichnung führen
- Fachärzte für Frauen-, Augen- oder Kinderheilkunde
- Not- oder Bereitschaftsärzte

Im Einzelfall kann eine anderweitige schriftliche Vereinbarung getroffen werden.

- zu 100 %, wenn die Heilbehandlung durch einen nicht als Primärarzt geltenden Facharzt erfolgt oder verordnet wird und zuvor ein Primärarzt diese Behandlung veranlasst hat. Der Rechnung ist ein schriftlicher Nachweis (Überweisung des Primärarztes) mit Angabe des Überweisungsdatums, der Diagnose und der aufzusuchenden Facharzttrichtung beizufügen. Eine Überweisung durch den Primärarzt gilt bis zum Abschluss der angeratenen Behandlung, längstens jedoch für sechs Monate. Sofern sich die Behandlung über einen darüber hinausgehenden Zeitraum erstreckt, ist eine erneute Überweisung durch den Primärarzt erforderlich.
- zu 80 % in allen übrigen Fällen.

In der Leistungsstufe TOP sowie bei B 4, B 5, B 10.3, B 12 und B 15 findet das Primärarztprinzip keine Anwendung.

Erstattungsfähige Aufwendungen bei ambulanter Heilbehandlung	Erstattungsumfang in Leistungsstufe		
	ECO	PLUS	TOP
B 1 Ärztliche Leistungen	100/80 % gemäß dem Primärarztprinzip	100/80 % gemäß dem Primärarztprinzip	100 %
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.	100/80 % gemäß dem Primärarztprinzip	100/80 % gemäß dem Primärarztprinzip	100 %
B 3 Schutzimpfungen Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die von der Ständigen Impfkommision des Robert-Koch-Institutes (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen. Ausgenommen sind Schutzimpfungen aus Anlass von Auslandsreisen.	100/80 % gemäß dem Primärarztprinzip	100/80 % gemäß dem Primärarztprinzip	100 %
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.	keine Leistung	100 % bis zu 1.500,- € innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren	100 % bis zu 3.000,- € innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren
B 5 Hebammenleistungen Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspfleger (inkl. Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik).	100 %	100 %	100 %
B 6 Ambulante Psychotherapie	keine Leistung	100/80 % gemäß dem Primärarztprinzip bis zu 30 Sitzungen je Kalenderjahr	100 % bis zu 60 Sitzungen je Kalenderjahr

Erstattungsfähige Aufwendungen bei ambulanter Heilbehandlung		Erstattungsumfang in Leistungsstufe		
		ECO	PLUS	TOP
B 7	<p>Kinderwunschbehandlung</p> <p>Aufwendungen für assistierte Reproduktion (künstliche Befruchtung) sind unter folgenden Voraussetzungen erstattungsfähig:</p> <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 – vor Behandlungsbeginn wurde eine schriftliche Leistungszusage durch die Central erteilt. <p>Besteht für die Behandlung ein Anspruch des nicht bei der Central versicherten Ehe- oder Lebenspartners gegenüber einem anderen Leistungsträger (z.B. gesetzliche oder private Krankenversicherung), sind nur die Aufwendungen erstattungsfähig, die vom Anspruch gegenüber dem anderen Leistungsträger nicht umfasst sind.</p>	<p>100/80 % gemäß dem Primärarztprinzip</p> <p>bis zu 7.500,- € je Kalenderjahr</p>	<p>100/80 % gemäß dem Primärarztprinzip</p> <p>bis zu 7.500,- € je Kalenderjahr</p>	<p>100 %</p> <p>bis zu 7.500,- € je Kalenderjahr</p>
B 8	<p>Arznei- und Verbandmittel</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel. Nach ärztlicher Verordnung sind auch Aufwendungen für Sondennahrung erstattungsfähig, sofern aus medizinischen Gründen eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.</p> <p>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.</p>	<p>100/80 % gemäß dem Primärarztprinzip</p>	<p>100/80 % gemäß dem Primärarztprinzip</p>	<p>100 %</p>
B 9	<p>Heilmittel</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Heilmittel gemäß dem Preis-/Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 2).</p>	<p>100/80 % gemäß dem Primärarztprinzip</p>	<p>100/80 % gemäß dem Primärarztprinzip</p>	<p>100 %</p>
B 10	<p>Hilfsmittel</p> <p>Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die nachfolgend aufgeführten Hilfsmittel. Die unter B 10.3 genannten Hilfsmittel werden über das Hilfsmittelmanagement der Central zur Verfügung gestellt.</p>			
B 10.1	<p>Sehhilfen (Brillengläser und -gestelle, Kontaktlinsen)</p>	<p>100/80 % gemäß dem Primärarztprinzip</p> <p>bis zu 100,- € innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren</p>	<p>100/80 % gemäß dem Primärarztprinzip</p> <p>bis zu 300,- € innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren</p>	<p>100 %</p> <p>bis zu 600,- € innerhalb von zwei aufeinander folgenden Kalenderjahren</p>
B 10.2	<p>Bandagen, Blindenleitgeräte, Blindenstöcke, Bruchbänder, Epithesen, Gehstöcke, Insulinpumpen, elektronische Kehlköpfe, Kompressionsstrümpfe, Kunstaugen, orthopädische Stützapparate, orthopädische Einlagen, ein Paar orthopädische Maßschuhe je Kalenderjahr (Erstattung zwei Paar), Prothesen, Spezialklingeln für Gehörlose, Stoma-Versorgungsartikel, Unterarmgehstützen</p> <p>Betriebskosten (Strom, Batterien etc.) sind nicht erstattungsfähig</p>	<p>100/80 % gemäß dem Primärarztprinzip</p>	<p>100/80 % gemäß dem Primärarztprinzip</p>	<p>100 %</p>
B 10.3	<p>Absauggeräte, Beatmungsgeräte, Blindenlesegeräte, Heimdialysegeräte, Hörgeräte, Krankenbetten in funktionaler Standardausführung, Krankenfahrstühle, Liege- und Sitzschalen für Kinder mit Behinderung, Motor-Bewegungsschienen, Nahrungspumpen, Pulsoximeter, Rollatoren, Sauerstoffgeräte, Schlafapnoegeräte, Schmerzmittelpumpen, Überwachungsmonitore für Säuglinge, Wechseldruckmatratzen/-systeme sowie sonstige lebenserhaltende Hilfsmittel (z.B. künstliches Herz)</p> <p>Betriebskosten (Strom, Batterien etc.) sind nicht erstattungsfähig</p>	<p>100 % bei Bezug über das Hilfsmittelmanagement der Central,</p> <p>80 % bei Bezug außerhalb des Hilfsmittelmanagements der Central</p>	<p>100 % bei Bezug über das Hilfsmittelmanagement der Central,</p> <p>80 % bei Bezug außerhalb des Hilfsmittelmanagements der Central</p>	<p>100 % bei Bezug über das Hilfsmittelmanagement der Central,</p> <p>80 % bei Bezug außerhalb des Hilfsmittelmanagements der Central</p>

Erstattungsfähige Aufwendungen bei ambulanter Heilbehandlung		Erstattungsumfang in Leistungsstufe		
		ECO	PLUS	TOP
B 11	Transport und Unterbringung bei ambulanten Operationen Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den Transport 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.	100/80 % gemäß dem Primärarztprinzip insgesamt bis zu 300,- € je Operation	100/80 % gemäß dem Primärarztprinzip insgesamt bis zu 300,- € je Operation	100 % insgesamt bis zu 300,- € je Operation
B 12	Transporte und Fahrten bei ambulanter Behandlung Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den Transport im Zusammenhang mit einer ambulanten Notfallbehandlung. Aufwendungen für Transporte oder Fahrten im Zusammenhang mit Chemotherapien, Tiefenbestrahlungen und Dialysebehandlungen sind nach vorheriger schriftlicher Zusage durch die Central erstattungsfähig.	100 %	100 %	100 %
B 13	Häusliche Behandlungspflege Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante häusliche Behandlungspflege, wenn dadurch ärztliche Heilbehandlung ersetzt wird.	100/80 % gemäß dem Primärarztprinzip	100/80 % gemäß dem Primärarztprinzip	100 %
B 14	Ambulante Kuren Erstattungsfähig sind bei ambulanter Kurbehandlung Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel gemäß dem Preis-/Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 2).	keine Leistung	100/80 % gemäß dem Primärarztprinzip bis zu 1.500,- € innerhalb von fünf aufeinander folgenden Kalenderjahren	100 % bis zu 3.000,- € innerhalb von fünf aufeinander folgenden Kalenderjahren
B 15	Vorsorgegutschein bei Leistungsfreiheit Für ein leistungsfreies Kalenderjahr (Anspruchsjahr) erhalten Versicherte im zweiten Quartal des Folgejahres einen Vorsorgegutschein, wenn <ul style="list-style-type: none">– für das gesamte Anspruchsjahr weder für Tarif vario noch für einen anderen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsleistungen bei der Central beansprucht wurden und– im Anspruchsjahr für mindestens einen Monat Versicherungsschutz nach einer Tarifstufe mit Anspruch auf einen Vorsorgegutschein bestand, der ununterbrochen, also insbesondere ohne Anwartschaft, bis mindestens zum 31.03. des Folgejahres fortbestanden hat und– im Anspruchsjahr sowie bis zum 31.03. des Folgejahres kein Beitragsverzug bestand. Nimmt die versicherte Person innerhalb von 12 Monaten nach Erhalt des Gutscheins eine ambulante Vorsorgeuntersuchung in Anspruch und wird dies der Central durch Bestätigung des Arztes auf dem Gutschein nachgewiesen, wird eine Vorsorgepauschale an den Versicherungsnehmer ausgezahlt. Werden trotz Auszahlung der Vorsorgepauschale Rechnungen für das Anspruchsjahr eingereicht, wird im nächsten Jahr kein Vorsorgegutschein ausgegeben.	keine Leistung	300,- € Vorsorgepauschale	300,- € Vorsorgepauschale

C Versicherungsleistungen bei stationärer Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung, Vorsorgeuntersuchung, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft sowie Entbindung und Fehlgeburt die in der untenstehenden Tabelle aufgeführten Aufwendungen.

Erstattungsfähige Aufwendungen bei stationärer Heilbehandlung		Erstattungsumfang in Leistungsstufe		
		ECO	PLUS	TOP
C 1	Allgemeine Krankenhausleistungen	100 %	100 %	100 %
C 2	Belegärztliche Leistungen	100 %	100 %	100 %
C 3	Wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)	keine Leistung	100 % Bei Verzicht auf die Erstattung wahlärztlicher Leistungen wird ein Krankenhaustagegeld von täglich 50,- € gezahlt.	100 % Bei Verzicht auf die Erstattung wahlärztlicher Leistungen wird ein Krankenhaustagegeld von täglich 50,- € gezahlt.
C 4	Stationäre Psychotherapie	100 %	100 %	100 %
C 5	Leistungen einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers	100 %	100 %	100 %
C 6	Mehrkosten der gesondert berechneten Unterbringung			
	im Zweibettzimmer	keine Leistung	100 %	100 %
	im Einbettzimmer	keine Leistung	keine Leistung	100 %
C 7	Grundgebühr für Telefon, TV, Internet	keine Leistung	100 %	100 %
C 8	Begleitperson im Krankenhaus Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die gesondert berechnete stationäre Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson eines nach Tarif vario versicherten Kindes im Krankenhaus, sofern das Kind das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.	100 %	100 %	100 %
C 9	Transporte bei stationärer Behandlung 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. Notfalltransporte in ein Krankenhaus sind auch erstattungsfähig, wenn eine stationäre Aufnahme nicht erfolgt.	100 %	100 %	100 %
C 10	Bergungskosten	100 % bis zu 2.500,- € je Versicherungsfall	100 % bis zu 2.500,- € je Versicherungsfall	100 % bis zu 2.500,- € je Versicherungsfall
C 11	Stationäre Vorsorgeuntersuchungen (z.B. Check Up), stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlungen Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Unterbringung, ärztliche Leistungen, Arznei- und Verbandmittel sowie Heilmittel gemäß dem Preis-/Leistungsverzeichnis für Heilmittel (vgl. Anlage 2).	keine Leistung	keine Leistung	100 % bis zu 3.000,- € innerhalb von fünf aufeinander folgenden Kalenderjahren
C 12	Entziehungsmaßnahmen Im Rahmen der ersten stationären Entziehungsmaßnahme nach Beginn der Krankheitskostenvollversicherung bei der Central sind Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig, sofern ein Anspruch gegenüber einem anderen Leistungsträger nicht besteht und vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage durch die Central erteilt wurde.	80 % bis zu einer Dauer von drei Monaten	80 % bis zu einer Dauer von drei Monaten	80 % bis zu einer Dauer von drei Monaten

Erstattungsfähige Aufwendungen bei stationärer Heilbehandlung	Erstattungsumfang in Leistungsstufe		
	ECO	PLUS	TOP
C 13 Hospiz Erstattungsfähig sind die nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung verbleibenden Aufwendungen für die Unterbringung in einem Hospiz, das eine selbstständige Einrichtung der stationären Hospizversorgung mit einem eigenständigen Versorgungsauftrag ist.	100 % bis zu 150,- € je Kalendertag	100 % bis zu 150,- € je Kalendertag	100 % bis zu 150,- € je Kalendertag

D Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Behandlung

Erstattungsfähig sind bei zahnärztlicher Behandlung einschließlich Vorsorgeuntersuchung die in der untenstehenden Tabelle aufgeführten Aufwendungen.

Die nachfolgenden Bestimmungen über den Heil- und Kostenplan und die Zahnstaffel gelten für alle Leistungsstufen (ECO, PLUS, TOP).

Heil- und Kostenplan

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 des erstattungsfähigen Rechnungsbetrages nur zur Hälfte des tariflichen Erstattungsprozentsatzes erstattet.

Zahnstaffel

Der Erstattungsumfang für alle unter D 2 und D 3 aufgeführten Aufwendungen wird in den ersten fünf Kalenderjahren nach Versicherungsbeginn im Tarif vario 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 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 bei zahnärztlicher Behandlung	Erstattungsumfang in Leistungsstufe		
	ECO	PLUS	TOP
D 1 Zahnbehandlung (außer Zahnersatz, Einlagefüllungen und Zahnkronen) und prophylaktische Leistungen Erstattungsfähig sind im Rahmen der prophylaktischen Leistungen auch Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung (Individualprophylaxe), Fluoridierung der Zahnoberflächen und Parodontalrisikotest.	100 %	100 %	100 %
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. Der Erstattungssatz erhöht sich (Zahnbonus), wenn für jedes der drei vorangegangenen Kalenderjahre zahnärztliche Untersuchungen durch das Zahnbonus-Formular der Central nachgewiesen werden. Für die drei Kalenderjahre vor Versicherungsbeginn im Tarif vario gelten zahnärztliche Untersuchungen als nachgewiesen.	60 % ohne Zahnbonus 70 % mit Zahnbonus	70 % ohne Zahnbonus 80 % mit Zahnbonus	80 % ohne Zahnbonus 90 % mit Zahnbonus

Erstattungsfähige Aufwendungen bei zahnärztlicher Behandlung	Erstattungsumfang in Leistungsstufe		
	ECO	PLUS	TOP
D 3 Kieferorthopädie (KFO) 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. Der Erstattungssatz erhöht sich rückwirkend (KFO-Bonus), wenn der erfolgreiche Abschluss der Behandlung nachgewiesen wird.	60 % ohne KFO-Bonus 70 % mit KFO-Bonus	70 % ohne KFO-Bonus 80 % mit KFO-Bonus	80 % ohne KFO-Bonus 90 % mit KFO-Bonus

E Zusätzliche Versicherungsleistungen bei Auslandsaufenthalten von bis zu 12 Monaten

Ergänzend sind bei Auslandsaufenthalten mit einer Dauer von bis zu 12 Monaten die in der untenstehenden Tabelle aufgeführten Aufwendungen erstattungsfähig. Bei Inanspruchnahme von Leistungen ist der Aufenthaltsbeginn im Ausland nachzuweisen. Im Übrigen richtet sich der Versicherungsschutz im Ausland nach § 6 AVB/VV 2009. Die nachfolgenden Regelungen gelten für alle Tarifstufen.

Zusätzliche erstattungsfähige Aufwendungen bei Auslandsaufenthalten	Erstattungsumfang
E 1 Krankenrücktransport aus dem Ausland Erstattungsfähig sind die Mehrkosten für den medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransport aus dem Ausland an den Wohnsitz, wenn <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. Mehrkosten sind die für eine Rückkehr zusätzlich entstehenden Kosten.	100 %
E 2 Überführung/Bestattung im Todesfall Erstattungsfähig sind im Todesfall die Mehrkosten, die durch die Bestattung am ausländischen Sterbeort entstehen, oder die Mehrkosten der Überführung des Verstorbenen an dessen letzten Wohnsitz. Mehrkosten sind die Kosten, welche die beim Tod des Versicherten am Wohnsitz üblicherweise entstehenden Kosten übersteigen.	100 % bis zu 10.000,- €
E 3 Rückführung mitreisender minderjähriger Kinder Erstattungsfähig sind die Mehrkosten für die Rückführung mitreisender minderjähriger Kinder der versicherten Person aus dem Ausland an den Wohnsitz, wenn <ul style="list-style-type: none"> – die 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. Mehrkosten sind die durch die Rückführung an den Wohnsitz zusätzlich entstehenden Kosten einschließlich der Hin- und Rückreisekosten einer Begleitperson.	100 % bis zu 5.000,- € je Versicherungsfall

F Selbstbeteiligung

Von dem nach den Abschnitten B bis E ermittelten Erstattungsbetrag wird die vereinbarte summenmäßige Selbstbeteiligung (vgl. Tabellen Wählbare Tarifstufen ohne bzw. mit Pauschalleistung) abgezogen. Für Leistungen nach B 15 (Vorsorgegutschein) gilt der Abzug der Selbstbeteiligung nicht.

Die Selbstbeteiligung gilt je Person und Kalenderjahr.

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

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

G 1 Optionsrecht auf Höherversicherung

In Erweiterung von § 18 AVB/VV 2009 kann der Versicherungsnehmer für jede im Vertrag nach Tarif vario versicherte Person verlangen, dass die Versicherung ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten in eine andere Tarifstufe des Tarifs vario umgestellt wird, wenn

- die versicherte Person mit dem Tarif vario erstmals bei der Central nach einer Krankheitskostenvollversicherung versichert ist (die Mitversicherung als Kind bzw. Jugendlicher oder eine Versicherung nach einem Ausbildungstarif bleiben hierbei unberücksichtigt) und
- die Umstellung zum Ersten des 37., 73. oder 109. Monats nach Versicherungsbeginn (d.h. nach 3, 6 oder 9 Jahren) im Tarif vario erfolgt und
- innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Umstellung kein Beitragsverzug bestand und
- der Versicherungsnehmer die Umstellung spätestens zwei Monate nach Erreichen des Optionstermins schriftlich beantragt.

Für mitversicherte Personen kann das Optionsrecht zusätzlich zu den Zeitpunkten ausgeübt werden, zu denen der Versicherungsnehmer für sich das Optionsrecht wahrnimmt. Der beantragte Versicherungsschutz für die mitversicherten Personen darf in diesem Fall nicht höher oder umfassender als der des Versicherungsnehmers sein.

Das Optionsrecht kann zu jedem der oben genannten Optionstermine ausgeübt werden.

Bereits bestehende Risikozuschläge werden bei einer Umstellung entsprechend angepasst, Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen werden übernommen.

G 2 Optionsrecht nach Geburt eines Kindes

Wurde der Versicherungsschutz innerhalb der ersten zwölf Monate nach der Geburt eines Kindes durch Wahl einer anderen Tarifstufe reduziert, kann der Versicherungsnehmer in Erweiterung von § 18 AVB/VV 2009 die Rückumstellung in die zuvor bestehende Tarifstufe ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten zu folgenden Zeitpunkten verlangen:

- bei Wiederaufnahme bzw. Ausweitung der Erwerbstätigkeit, die anlässlich der Geburt des Kindes aufgegeben bzw. reduziert wurde, oder
- zum Ende der Elternzeit oder
- 36 bzw. 60 Monate nach der Geburt des Kindes.

Voraussetzungen hierfür sind, dass

- das Neugeborene im selben Vertrag nach einer Krankheitskostenversicherung bei der Central versichert ist und
- die Person, für die das Optionsrecht ausgeübt wird, zum Zeitpunkt der Reduktion des Versicherungsschutzes mindestens zwölf Monate nach Tarif vario versichert war und
- innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Rückumstellung kein Beitragsverzug bestand und
- der Versicherungsnehmer die Umstellung spätestens zwei Monate nach Erreichen des Optionstermins schriftlich beantragt.

Die Rückumstellung muss spätestens 60 Monate nach der Geburt des Kindes erfolgen. Wird innerhalb dieses Zeitraums ein weiteres Kind geboren, gilt die Umstellungsfrist ab dessen Geburt. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich.

Bereits bestehende Risikozuschläge werden bei einer Umstellung entsprechend angepasst, Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen werden übernommen.

G 3 Optionsrecht nach Reduktion des Versicherungsschutzes

Wurde der Versicherungsschutz durch Wahl einer anderen Tarifstufe des Tarifs vario reduziert, kann der Versicherungsnehmer in Erweiterung von § 18 AVB/VV 2009 die Rückumstellung in die zuvor bestehende Tarifstufe ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten verlangen, wenn

- die zuvor bestehende Tarifstufe mindestens 36 Monate ununterbrochen bestand und
- die Rückumstellung zum Ersten des 37. Monats nach der Reduzierung des Versicherungsschutzes erfolgt und
- innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Rückumstellung kein Beitragsverzug bestand und
- der Versicherungsnehmer die Rückumstellung spätestens zwei Monate nach Erreichen des Optionstermins schriftlich beantragt.

Bereits bestehende Risikozuschläge werden bei einer Umstellung entsprechend angepasst, Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen werden übernommen.

H Garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit (Pauschalleistung)

Voraussetzungen

In den Tarifstufen V111S2P, V222S2P und V333S2P wird eine Pauschalleistung für ein leistungsfreies Kalenderjahr (Anspruchsjahr) gezahlt, wenn

- für das gesamte Anspruchsjahr weder für Tarif vario noch für einen anderen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsleistungen bei der Central beansprucht wurden (die Vorsorgepauschale nach B 15 gilt hierbei nicht als Versicherungsleistung) und
- im Anspruchsjahr für mindestens einen Monat Versicherungsschutz nach einer Tarifstufe mit Anspruch auf Pauschalleistung bestand, der ununterbrochen, also insbesondere ohne Anwartschaft, bis mindestens zum 30.06. des Folgejahres fortbestanden hat und
- im Anspruchsjahr sowie bis zum 30.06. des Folgejahres kein Beitragsverzug bestand.

Höhe

Die Höhe der Pauschalleistung beträgt

- 5/12 der im Anspruchsjahr für die Tarifstufe mit Anspruch auf Pauschalleistung entrichteten Beiträge, wenn für das Anspruchsjahr und für die beiden unmittelbar vorangegangenen Kalenderjahre weder für Tarif vario noch für einen anderen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsleistungen bei der Central beansprucht wurden;
- 3/12 der im Anspruchsjahr für die Tarifstufe mit Anspruch auf Pauschalleistung entrichteten Beiträge, wenn für das Anspruchsjahr und für das unmittelbar vorangegangene Kalenderjahr weder für Tarif vario noch für einen anderen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsleistungen bei der Central beansprucht wurden;
- 2/12 der im Anspruchsjahr für die Tarifstufe mit Anspruch auf Pauschalleistung entrichteten Beiträge, wenn für das Anspruchsjahr weder für Tarif vario noch für einen anderen Tarif der Krankheitskostenvollversicherung Versicherungsleistungen bei der Central beansprucht wurden.

Auszahlung

Die Pauschalleistung wird jeweils im zweiten Kalenderhalbjahr des auf das Anspruchsjahr folgenden Jahres ausgezahlt. Ist die Auszahlung erfolgt, werden Aufwendungen, die für den für die Ermittlung der Pauschalleistungshöhe maßgeblichen Zeitraum entstanden sind, unter Anrechnung der bereits ausgezahlten Pauschalleistung erstattet.

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.

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 Schiellvorsorge
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 Fettstoffwechselforsorge
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 Temperatureinrichtung, 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	Aufbißschiene, 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	
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),– weitere im Tarif genannte Ereignisse.
§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes	<p>Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Tarif, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB/VV 2009), dem CentralAntrag bzw. der CentralAnfrage, 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, den Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum sowie der Schweiz.

Während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden 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.

Abweichende Vereinbarungen können getroffen werden.

(2) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz

Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union, einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz bleibt der Versicherer für Heilbehandlungen höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die er bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätte. Alternativ kann der Versicherte gegen Zahlung eines Beitragszuschlags Erstattung auf ausländischem Kostenniveau wählen. Der Beitragszuschlag ist ab dem 13. Aufenthaltsmonat zu zahlen. Das Wahlrecht muss vor Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ausgeübt werden.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz

Das Versicherungsverhältnis endet mit der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in ein Land außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz, es sei denn, es wird eine anderweitige Vereinbarung getroffen.

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) Überweisungs- und Übersetzungskosten

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 Krankenhausaussweis (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 Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile 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 § 12a Abs. 3 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, dem Geschlecht 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 und des Geschlechts bei Beitragsänderungen

Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden der Tarif, das Geschlecht 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.

<p>§ 13 Nichtzahlung der Beiträge</p>	<p>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 § 12h 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 § 12h 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.</p>
---	--

<p>§ 14 Beiträge nach Rücktritt oder Anfechtung</p>	<p>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.</p>
---	--

<p>§ 15 Beitragszuschlag bei Nichterfüllung der Versicherungspflicht</p>	<p>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.</p>
--	---

Änderungen des Versicherungsvertrags

<p>§ 16 Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag</p>	<p>(1) Voraussetzungen</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>(2) Verzicht auf eine Beitragsanpassung</p> <p>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.</p>
---	---

(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. Die erworbenen Rechte bleiben 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 § 12h 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. 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

(1) Erteilung von Auskünften

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.

(2) Ärztliche Untersuchung

Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Schadenminderung

Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(4) Unterrichtung über anderweitigen Versicherungsschutz

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.

(5) Änderung von Name oder Anschrift

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.

(6) Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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.

§ 22
Ersatzansprüche gegen Dritte

(1) Abtretung

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.

(2) Mitwirkung

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.

(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen

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.

§ 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

(1) Vertragsdauer

Das Versicherungsverhältnis ist unbefristet. Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre. Für Ausbildungskrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

(2) Berechnung des Versicherungsjahrs

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt, es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Alle weiteren Versicherungsjahre entsprechen dem Kalenderjahr.

§ 25
Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Allgemeine Kündigungsvoraussetzungen

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. Kenntnisnahme durch die versicherte Person und Nachweis der Folgeversicherung sind Wirksamkeitsvoraussetzungen für alle Kündigungen durch den Versicherungsnehmer.

(2) Ordentliche Kündigung

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.

(3) Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung

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.

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.

(4) Vertraglich geregelte Beitragsänderung

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.

(5) Erhöhung des Beitrags oder Minderung der Leistung

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.

(6) Anspruch auf Aufhebung der Versicherung

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.

(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 § 12 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

Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in ein Land außerhalb der Europäischen Union, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass eine anderweitige Vereinbarung getroffen wird (vgl. § 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 Schriftform, sofern Textform nicht vereinbart oder gesetzlich zugelassen ist.

§ 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