

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung

Teil II - Tarif mit Tarifbedingungen

Tarif 2820 Krankheitskostenversicherung für Jung-Ärzte Gruppenversicherung

Teil II gilt in Verbindung mit den AVB für die Krankheitskostenversicherung (Teil I - Allgemeine Bedingungen) - B3 51 398.

Inhalt:

- § 1 Was gilt für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit?
- § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?
- § 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?
- § 4 Welche Selbstbeteiligung gilt?
- § 5 Wann erhalten Sie eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung?
- § 6 Gelten Wartezeiten?
- § 7 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

§ 1 Was gilt für die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit?

Versicherungsfähig sind Ärzte sowie deren Familienangehörige, die zum versicherbaren Personenkreis des Gruppenversicherungsvertrages gehören.

In den Tarif werden nur Personen aufgenommen, die ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben.

§ 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?

Nachstehende Aufwendungen werden mit den tariflichen Sätzen erstattet.

(1) Ambulante Heilbehandlung

a) Ärztliche Leistungen einschließlich Vorsorgeuntersuchungen
max. 2,3fach des Gebührensatzes der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für persönliche ärztliche Leistungen, max. 1,8fach des Gebührensatzes der GOÄ für medizinisch-technische ärztliche Leistungen

b) Psychotherapie
bis zum 2,3fachen Satz der GOÄ, maximal 20 Sitzungen pro Versicherungsjahr

c) Arzneimittel

d) Physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)

e) Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

f) Sehhilfen
maximal 260 EUR innerhalb von 24 Monaten. Bei der Ermittlung der maximalen Erstattungshöhe werden ausgehend vom Bezugsdatum der betreffenden Sehhilfe jeweils alle Erstattungen der letzten 24 Monate berücksichtigt. Die individuelle Erstattungshöhe hängt somit jeweils von den Erstattungen der letzten 24 Monate ab.

g) Dialyse

h) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung wie ärztliche Leistungen

i) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

j) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte

(2) Stationäre Heilbehandlung (auch Aufwendungen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V)

a) Allgemeine Krankenhausleistungen

b) Belegärztliche Behandlung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ

c) Wahlleistung besondere Unterkunft im Zweibettzimmer

d) Wahlärztliche Behandlung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ

e) Schwangerschaft und Entbindung

f) Hospizversorgung

(3) Zahnärztliche Heilbehandlung

a) Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Inlays bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und GOÄ

b) Zahnersatz, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen, kieferorthopädische Leistungen bis zu den Höchstsätzen der GOZ und GOÄ

c) In der Bundesrepublik Deutschland werden bei stationärer oder teilstationärer zahnärztlicher Behandlung in Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, die Aufwendungen nach unserer vorherigen schriftlichen Zusage erstattet.

d) Ergänzend gilt:

aa) Während der ersten drei Versicherungsjahre werden die tariflichen Leistungen pro versicherte Person und Versicherungsjahr jeweils bis zu höchstens 750 EUR erstattet.

Für unfallbedingte zahnärztliche Heilbehandlung entfallen diese Höchstbeträge.

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der Aufwendungen ist das Behandlungsdatum. Bei Tarifwechsel wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif mit Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Höchstbeträge in Tarif 2820 angerechnet. Nach bisherigen Tarifen erbrachte Leistungen werden bei der Erstattung aus Tarif 2820 bis zu den Erstattungshöchstbeträgen je Versicherungsjahr angerechnet. Bei einem Wechsel aus einem Tarif, der als ergänzender Versicherungsschutz zur gesetzlichen Krankenversicherung bestand, werden weder die Versicherungsdauer noch erbrachte Leistungen des bisherigen Tarifes angerechnet.

bb) Bei Zahnersatz, Inlays, funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen sowie Kieferorthopädie ist uns nach Befunderhebung ein Heil- und Kostenplan einzureichen, falls die zu erwartenden Aufwendungen für den Versicherungsfall 2.500 EUR übersteigen. Wir geben dann unverzüglich den Umfang der erstattungsfähigen Kosten bekannt.

Legt die versicherte Person grob fahrlässig keinen Heil- und Kostenplan vor, sind wir nach Teil I § 20 Abs. 1 berechtigt, eine der Schwere ihres Verschuldens entsprechende Kürzung des tariflichen Erstattungsbetrages für Zahnersatz, Inlays, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sowie Kieferorthopädie vorzunehmen. Diese Leistungskürzung ist auf maximal die Hälfte des tariflichen Erstattungsbetrages begrenzt.

Legt die versicherte Person vorsätzlich keinen Heil- und Kostenplan vor, sind wir nach Teil I § 20 Abs. 1 mit der Einschränkung leistungsfrei, dass bei Nichtvorlage die vereinbarte Leistungsfreiheit für Zahnersatz, Inlays, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sowie Kieferorthopädie auf die Hälfte des tariflichen Erstattungsbetrages begrenzt ist.

Ein nach Teil I § 20 Abs. 1 gekürzter Erstattungsbetrag begrenzt sich auf die tariflichen Höchstbeträge.

Die Kosten des Heil- und Kostenplanes gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

(4) Erstattungsprozentsätze

Die Aufwendungen werden - unter Berücksichtigung der tariflichen Selbstbeteiligung gemäß § 4 - wie folgt erstattet:

a) Ambulante Heilbehandlung, stationäre Heilbehandlung, Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe, Inlays

- 80%
- 100% nach Erreichen der tariflichen summenmäßigen Begrenzung der Selbstbeteiligung

b) Zahnersatz, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen, kieferorthopädische Leistungen

- 60%
- 75% nach Erreichen der tariflichen summenmäßigen Begrenzung der Selbstbeteiligung

c) Die prozentuale Selbstbeteiligung in Tarif 2820 gilt bis zum Erreichen der summenmäßigen Begrenzung der Selbstbeteiligung auch für den Höchstbetrag für Sehhilfen gemäß Abs. 1 f).

(5) Leistungen bei Auslandsaufenthalten

a) Aufwendungen für Auslandsbehandlungen

Die Aufwendungen für ambulante, stationäre und zahnärztliche Behandlungen im Ausland sind im Rahmen der tariflichen Leistungszusage erstattungsfähig, soweit sie den dort ortsüblichen Kosten entsprechen. Das gilt unabhängig davon, ob die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt oder sich im Ausland nur vorübergehend aufhält, soweit in diesen Fällen Versicherungsschutz vereinbart ist.

Die Aufwendungen nach Satz 1 sind auch bei Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts bestehen, erstattungsfähig. Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt.

b) Dauer des Versicherungsschutzes im außereuropäischen Ausland

In Erweiterung von Teil I § 2 Abs. 1 Satz 3 wird der Versicherungsschutz während eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auf insgesamt zwei Monate ausgedehnt. Die Möglichkeit nach Teil I § 2 Abs. 1 Satz 2, eine darüber hinausgehende Vereinbarung über die

Ausdehnung des Versicherungsschutzes zu treffen, gilt unverändert.

§ 3 Welche Aufwendungen erstatten wir?

(1) Ambulante Heilbehandlung

Erstattet werden bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung nachstehende Aufwendungen.

Bei Inanspruchnahme von Heilpraktikern besteht keine Leistungspflicht.

Erstattungsfähig sind die Kosten für

a) ärztliche Leistungen (einschließlich Wegegeelder und Reiseentschädigungen), Vorsorgeuntersuchungen, die nach der geltenden GOÄ berechenbar sind.

Als erstattungsfähige Sachkosten im Sinne von Teil I § 4 Abs. 1 g) gelten 60% des einfachen Gebührensatzes der GOÄ sowie Auslagen nach § 10 GOÄ.

Zu den ärztlichen Leistungen zählen z.B. Beratungen, Besuche (einschließlich Hausbesuche), Untersuchungen, Sonderleistungen (z.B. Anlegen von Verbänden, Blutentnahmen, Injektionen und sonografische Leistungen), Operationen sowie Dialysen und Heimdialysen im Sinne von § 2 Abs. 1 g).

Außerdem zählen zu den ärztlichen Leistungen Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, die medizinisch anerkannte Methoden zur Überwindung von Sterilität oder Infertilität sind und medizinisch eine ausreichende Erfolgsaussicht haben.

b) Psychotherapie, die nach den jeweils geltenden Gebührenordnungen berechenbar sind.

In Erweiterung von Teil I § 3 Abs. 3 können nach unserer vorherigen schriftlichen Zusage auch approbierte Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in eigener Praxis tätig sind und über einen entsprechenden Fachkundenachweis verfügen, in Anspruch genommen werden.

c) Arzneimittel

Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate, Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, sowie kosmetische Präparate, mit Ausnahme von bestimmten medikamentenähnlichen Nahrungsmitteln, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose zu vermeiden.

d) Physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)

Als physikalisch-medizinische Leistungen gelten Inhalationen, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen (einschließlich Leistungen der Logopädie und Ergotherapie), Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie medizinische Bäder, wenn sie von einem Arzt oder von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden.

Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung der versicherten Person sind nicht erstattungsfähig.

e) Hilfsmittel

aa) Freier Bezug

Als Hilfsmittel gelten Hörgeräte, Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf), Geh- und Stützapparate (einschließlich Rollatoren, orthopädischer Schuhe und Orthesen), Körperersatzstücke (einschließlich Prothesen, Epithesen und Kunstaugen), Stoma-Versorgungsartikel (einschließlich Tracheostoma-Artikel), Bruchbänder, Leibbinden, Gummi- und Kompressionsstrümpfe, orthopädische Einlagen, Blutdruck-Messgeräte, Blutzucker-Messgeräte, Tensgeräte, Inhalationsgeräte, Peak-Flow-Meter, Milch-Pumpen.

bb) Nach Einbindung des Versicherers

Als Hilfsmittel gelten auch Inkontinenz-Artikel sowie Hilfsmittel gegen Dekubitus. Die Aufwendungen für diese Hilfsmittel sind aber nur erstattungsfähig, wenn sie über uns bezogen oder beschafft werden bzw. nicht über uns bezogen oder beschafft werden können.

cc) Leihgeräte

Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren, Herz- und Atemmonitoren, Beatmungsgeräten, Absauggeräten, Ernährungspumpen, Infusionspumpen sowie Geräten zur Behandlung von Schlafapnoe sind die Aufwendungen für Leihgeräte erstattungsfähig.

f) Sehhilfen

Als Sehhilfen gelten Brillengläser, Brillenfassungen und Kontaktlinsen.

g) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung (einschließlich Aufwendungen für Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik)

Es werden die Kosten wie für Krankheitsbehandlung erstattet einschließlich der Hebammen- und Entbindungspflegerkosten.

h) Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung im Sinne des § 37 b Abs. 1 bis 3 SGB V, wenn die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist und sie deshalb eine besonders aufwändige Versorgung benötigt.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss ärztlich verordnet sein, die Einschränkung auf Vertrags- und Krankenhausärzte nach § 37 b Abs. 1 Satz 2 SGB V gilt nicht.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung muss von einem Leistungserbringer erbracht werden, der einen Vertrag nach § 132 d SGB V geschlossen hat. Das gilt auch, wenn dieser in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Teil I § 3 Abs. 3 Satz 3 gilt insoweit nicht.

i) Transportkosten bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie, Rettungstransporte

Erstattungsfähig sind die Kosten für medizinisch notwendige Transporte bei Dialyse, ambulanter Tiefenbestrahlung und Chemotherapie sowie die Kosten medizinisch notwendiger Rettungstransporte bis zu einer Entfernung von 100 km zu einem geeigneten Leistungserbringer ohne anschließende stationäre Behandlung. Existiert für die Behandlung kein geeigneter Leistungserbringer innerhalb dieser Entfernung, sind die Aufwendungen für den medizinisch

notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Leistungserbringer erstattungsfähig.

Geeignet ist ein Leistungserbringer, der nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I - Allgemeine Bedingungen, Teil II - Tarif mit Tarifbedingungen) für eine ambulante Heilbehandlung gewählt werden kann.

(2) Stationäre Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung die Aufwendungen für

a) allgemeine Krankenhausleistungen (einschließlich medizinisch notwendiger Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person), die nach dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung berechenbar sind.

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen auch medizinisch notwendige Transportkosten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km. Existiert für die Behandlung kein geeignetes Krankenhaus innerhalb dieser Entfernung, sind die Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

Unterliegt das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Inanspruchnahme von Drei- und Mehrbettzimmern einschließlich ärztlicher Leistungen und medizinisch begründeter Nebenkosten, zu denen auch die Kosten für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der versicherten Person gehören.

b) Leistungen der Belegärzte, die nach der geltenden GOÄ berechenbar sind, sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger, die nach den amtlichen Gebührenordnungen berechnungsfähig sind.

c) Wahlleistungen

Als Wahlleistungen gelten die gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer einschließlich der Kosten für einen Telefonanschluss, die Leihgebühren für Radio und Fernsehen, die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung, die Bettenfreihaltegebühr für gesondert berechenbare Unterkunft sowie wahlärztliche Leistungen, die nach der GOÄ berechenbar sind. Bei Aufenthalt im Einbettzimmer werden die Kosten für das Zweibettzimmer erstattet.

Unterliegt das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung, gelten als Wahlleistungen die Inanspruchnahme von Zweibettzimmern einschließlich der Kosten für einen Telefonanschluss, die Leihgebühren für Radio und Fernsehen, die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung, die Bettenfreihaltegebühr für gesondert berechenbare Unterkunft sowie ärztliche Leistungen und medizinisch begründete Nebenkosten. Bei Aufenthalt im Einbettzimmer werden die Kosten für das Zweibettzimmer erstattet.

d) Anschlussheilbehandlung

Anschlussheilbehandlung ist eine stationäre Weiterbehandlung, die in engem zeitlichen Zusammenhang mit einer akuten stationären Behandlung steht, wenn der Behandlungserfolg nicht auch durch ambulante Maßnahmen erzielt werden kann.

Die Aufwendungen für eine Anschlussheilbehandlung sind nach Maßgabe von a) bis c) z. B. bei Krankheiten des Her-

zens und des Kreislaufes (Kardiologie), bei degenerativ-rheumatischen Krankheiten und Zuständen nach Operationen sowie Unfallfolgen an den Bewegungsorganen (Orthopädie), bei neurologischen Krankheiten und Zuständen nach Operationen am Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven (Neurologie) und bei onkologischen Krankheiten (Erste Krebsnachsorge) erstattungsfähig.

Die Regelung über das Erfordernis unserer vorherigen Leistungszusage nach Teil I § 3 Abs. 6 gilt unverändert.

Besteht auch Anspruch auf Leistungen gegenüber einem gesetzlichen Leistungsträger, gilt zudem Teil I § 4 Abs. 3.

e) Schwangerschaft und Entbindung

Für stationäre Behandlung wegen Schwangerschaft und für die Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim werden die für Krankheiten vorgesehenen Leistungen gezahlt.

Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung des gesunden Neugeborenen sind bei der Nachversicherung gemäß Teil I § 34 Abs. 1 eingeschlossen.

f) Hospizversorgung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die stationäre Versorgung der versicherten Person in Hospizen, wenn sie an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist.

Ein Hospiz ist eine selbstständige Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Behandlung zu erbringen. Wir sind auch leistungspflichtig, wenn das Hospiz in der Rechtsform einer juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Teil I § 3 Abs. 3 Satz 3 gilt in diesem Fall nicht.

Wir leisten nur, wenn eine stationäre Behandlung der versicherten Person im Krankenhaus nicht medizinisch notwendig ist und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.

Wenn für die versicherte Person aus der privaten Pflegepflichtversicherung Anspruch auf Leistungen besteht, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung der privaten Pflegepflichtversicherung verbleiben.

(3) Zahnärztliche Heilbehandlung

Erstattungsfähig sind bei medizinisch notwendiger Heilbehandlung die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, die nach der geltenden GOZ und GOÄ berechenbar sind, sowie zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten).

a) Zahnbehandlung

Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, konservierende Leistungen (einschließlich Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen), chirurgische Leistungen des Zahnarztes, Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums, professionelle Zahnreinigung sowie die in diesem Zusammenhang verordneten Arzneimittel.

Professionelle Zahnreinigung ist

- die gründliche Reinigung der Zahn- und Wurzeloberflächen (Zahnstein, Beläge, Verfärbungen) und Zahnzwischenräume,
- die Politur der Zähne mit Pulverstrahlgeräten oder speziellen Polierern sowie
- Fluoridierungen.

Als Zahnbehandlung gelten nicht Einlagefüllungen (Inlays, siehe c)), Brücken, Stiftzähne und Kronen bzw. Teilkronen (siehe d)).

b) Zahnprophylaxe

Als Zahnprophylaxe gelten Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen gemäß Abschnitt B der GOZ.

c) Inlays

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Einlagefüllungen (Inlays) aus Kunststoffen, Edelmetallen, Keramikmaterial (auch auf Goldgerüst) und Glaskeramik sowie die hiermit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

d) Zahnersatz

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen (einschließlich Brücken, Stiftzähnen, Kronen bzw. Teilkronen, auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), implantologische Leistungen (einschließlich der in diesem Zusammenhang anfallenden chirurgischen Leistungen, z.B. dem Aufbau des Kieferknochens) sowie die hiermit in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.

Als Zahnersatz gelten nicht Einlagefüllungen (Inlays, siehe c)).

e) Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)

f) Kieferorthopädische Leistungen

§ 4 Welche Selbstbeteiligung gilt?

Die Selbstbeteiligung für ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung beträgt pro versicherte Person und Versicherungsjahr insgesamt: 20%; max. 1.000 EUR.

In Zusammenhang mit einer Beitragsanpassung gemäß Teil I § 30 kann mit Zustimmung des Treuhänders auch die betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst werden.

Die Selbstbeteiligung gilt pro versicherte Person und Kalenderjahr. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arzneimittel und Hilfsmittel einschließlich Sehhilfen bezogen werden.

Beginnt die Versicherung nicht am 1. Januar, wird die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat gemindert. Dies gilt entsprechend bei Tarifwechsel mit erstmaliger Vereinbarung oder Erhöhung einer summenmäßigen Selbstbeteiligung während eines Kalenderjahres.

Bei Tarifwechsel mit Herabsetzung der summenmäßigen Selbstbeteiligung gilt für die Zeit vor und nach dem Tarif-

wechsel die jeweils vereinbarte Selbstbeteiligung ungekürzt.

Eine für das Kalenderjahr bereits getragene Selbstbeteiligung wird auf die neue Selbstbeteiligung angerechnet.

Endet die Versicherung während des Kalenderjahres, so bleibt die Höhe der vereinbarten Selbstbeteiligung unberührt.

§ 5 Wann erhalten Sie eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung?

Eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung wird, sofern die Voraussetzungen für eine Beitragsrückerstattung gemäß Abs. 2 erfüllt sind, erstmals für das dritte Versicherungsjahr sowie die darauf folgenden Jahre jährlich in folgender Höhe gezahlt:

(1) Eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung wird, sofern die Voraussetzungen gemäß Abs. 2 erfüllt sind, erstmals für das dritte Versicherungsjahr sowie die darauf folgenden Jahre jährlich gezahlt. Die Höhe der erfolgsunabhängigen Beitragsrückerstattung beträgt

- bis vollendetes 21. Lebensjahr 100 EUR,
- ab vollendetem 21. Lebensjahr 200 EUR.

Die Anwartschaftsversicherung nimmt an der Beitragsrückerstattung nicht teil.

(2) Voraussetzung für den Anspruch nach Abs. 1 ist, dass für die versicherte Person

a) für das ganze abgelaufene Kalenderjahr eine Krankheitskostenvollversicherung nach Tarifen mit Anspruch auf erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung bestanden hat und

b) für das abgelaufene Kalenderjahr keine Leistungen bezogen wurden und

c) am 30. Juni des Folgejahres noch eine Krankheitskostenvollversicherung ohne Beitragsrückstand besteht. Die Auszahlung der erfolgsunabhängigen Beitragsrückerstattung erfolgt auch, wenn die Versicherung vor dem 30. Juni des Folgejahres durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung endet.

(3) Die erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung wird nach dem 30. Juni des Folgejahres ausgezahlt.

(4) Die Höhe der Beitragsrückerstattung kann zusammen mit einer Beitragsanpassung gemäß Teil I § 30 angepasst werden.

§ 6 Gelten Wartezeiten?

Die Wartezeiten gemäß Teil I § 5 Abs. 2 und 3 entfallen. Teil I § 5 Abs. 4 gilt insoweit nicht.

§ 7 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein.

Die Beiträge gelten für das erreichte Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter).

Nach Ablauf des Monats, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, ist gemäß Teil I § 16 Abs. 2 der für die

nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß Teil I § 17 Abs. 2 Rechnung getragen.