

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskostenversicherung

Teil I - Allgemeine Tarifbedingungen für Tarif Kostenbewusst (KB)

Teil II - Tarif Kostenbewusst (KB)

Einzelversicherung B3 51 203

Preiswerter Versicherungsschutz mit Sparelementen

- Keine Leistungen für Sehhilfen, Hör- und Lesegeräte, Massagen und Wärmebehandlung, ambulante Psychotherapie, Heilpraktiker, ambulante und stationäre Kuren.
- Keine Leistungen für Behandlung in Krankenhäusern, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen, Leistungen zur Prävention (Vorsorge) bzw. Rehabilitation anbieten oder Rekonvaleszenten aufnehmen. **Ausnahme:** Erstattungsfähig sind Anschlussheilbehandlungen nach akutem Herzinfarkt und Reinfarkt, Herzoperation, Bandscheibenoperation, Gelenkersatzoperation, Schlaganfall, schweren Schädel-Hirnverletzungen, Krebsoperationen bzw. -bestrahlungen.
- Keine Leistungen für Keramik- und Glaskeramik-Inlays (anstelle von Gold-Inlays), mehr als vier Teleskopkronen/Implantate pro Kiefer, Verblendungen im hinteren Zahnbereich ab Zahn 7 im Oberkiefer und Zahn 6 im Unterkiefer.
- Kein Versicherungsschutz außerhalb des Staates (Bundesrepublik Deutschland bzw. Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum), in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. **Ausnahme:** Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre Behandlungen, die aus medizinischen Gründen nachweislich nicht in vorgenanntem Staat, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat, durchgeführt werden können.

Hinweis zum besseren Verständnis der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Soweit im Vertrag nichts anderes vereinbart ist, steht
 - „schriftlich“ bzw. „Textform“ für Mitteilungen oder Erklärungen per Brief, Fax, E-Mail,
 - „wir“, „uns“, „unser“, „unsere“ für Allianz Private Krankenversicherungs-AG, München,
 - „Sie“, „Ihr“, „Ihre“, „Ihnen“ für diejenige Person, die mit uns den Vertrag geschlossen hat (= Versicherungsnehmer),
 - „Versicherter“ oder „versicherte Person“ für jede Person, die vereinbarungsgemäß unmittelbar unter den Schutz dieses Vertrages fällt.
 Maßgeblich sind die Angaben im Versicherungsschein.

Inhalt:

Teil I - Allgemeine Tarifbedingungen

- § 1 Was ist vom Versicherungsschutz erfasst?
- § 2 Welchen örtlichen Geltungsbereich hat der Versicherungsschutz?
- § 3 Wofür und in welchem Umfang leisten wir?
- § 4 Wann ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen oder eingeschränkt?
- § 5 Gelten Wartezeiten?
- § 6 Wann beginnt der Versicherungsschutz?
- § 7 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- § 8 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

- § 9 Was gilt bei verspäteter Zahlung von Folgebeiträgen?
- § 10 Welche Zahlung schulden Sie uns bei vorzeitiger Beendigung oder Nichtigkeit des Vertrages?
- § 11 Wann werden nach dem Gesetz unsere Leistungen fällig?
- § 12 Was gilt für die Auszahlung der Versicherungsleistungen?
- § 13 Können vertragliche Ansprüche übertragen werden?
- § 14 Wann endet der Versicherungsschutz?
- § 15 Welche Besonderheiten gibt es bei der Beitragszahlung?
- § 16 Wie berechnet sich der Beitrag?
- § 17 Was gilt für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung?
- § 18 Welche Obliegenheiten sind zu beachten?
- § 19 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?
- § 20 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht im Sinne des Gesetzes?
- § 21 Was gilt für die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person?
- § 22 Unter welchen Voraussetzungen gehen Ansprüche gegen Dritte auf uns über und was ist dabei zu beachten?
- § 23 Was gilt bei Aufrechnung uns gegenüber?
- § 24 Welche Dauer hat der Vertrag und wie wird das Versicherungsjahr berechnet?
- § 25 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen, die Aufhebung der Versicherung oder deren Fortsetzung in Form einer Anwartschaftsversicherung verlangen?
- § 26 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?
- § 27 In welchen Fällen endet die Versicherung außerdem und unter welchen Voraussetzungen kann sie fortgesetzt werden?
- § 28 Unter welchen Voraussetzungen können Beitrag, Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst werden?
- § 29 Unter welchen Voraussetzungen ist eine Bedingungsanpassung zulässig?
- § 30 Welche Ansprüche auf Tarifwechsel bestehen?
- § 31 Was gilt für die Nachversicherung von Kindern?
- § 32 Welches Recht findet Anwendung?
- § 33 Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?
- § 34 Was gilt nach dem Gesetz, wenn Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift oder Ihres Namens nicht mitteilen?
- § 35 Was gilt für Ihre Mitteilungen und Erklärungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?
- § 36 Was gilt bei einer Versicherung für fremde Rechnung?
- § 37 Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

Teil II - Tarif Kostenbewusst (KB)

- § 1 Wer kann in diesen Tarif aufgenommen werden?
- § 2 Welche Leistungen sagen wir nach diesem Tarif zu und welche Erstattungsprozentsätze gelten?
- § 3 Welche Selbstbeteiligung gilt?

- § 4 Wann erhalten Sie eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung?
- § 5 Woraus ergibt sich der zu zahlende Monatsbeitrag?

Teil I - Allgemeine Tarifbedingungen

§ 1 Was ist vom Versicherungsschutz erfasst?

(1) Gegenstand der Versicherung

Wir bieten Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse.

Wir erbringen im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.

(2) Versicherungsfall

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, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen).

§ 2 Welchen örtlichen Geltungsbereich hat der Versicherungsschutz?

(1) Gewöhnlicher Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland

Solange die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland hat, erstreckt sich der Versicherungsschutz - soweit der Tarif nichts anderes bestimmt - ausschließlich auf Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland.

(2) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat der Europäischen Union/des Europäischen Wirtschaftsraumes

Verlegt die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum als die Bundesrepublik Deutschland, erstreckt sich der Versicherungsschutz für die Dauer des gewöhnlichen Aufenthaltes dort ausschließlich auf Heilbehandlung in diesem Staat. Wir sind - soweit der Tarif nichts anderes bestimmt - höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einem Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland zu erbringen hätten.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes außerhalb der Europäischen Union/des Europäischen Wirtschaftsraumes

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union und nicht Vertragsstaat des Europäischen Wirtschaftsraumes ist, gilt § 27 Abs. 3.

§ 3 Wofür und in welchem Umfang leisten wir?

(1) Umfang des Versicherungsschutzes

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I - Allgemeine Tarifbedingungen, Teil II - Tarif) und den gesetzlichen Regelungen auch nicht versicherungsrechtlicher Art.

(2) Art und Höhe der Versicherungsleistungen

Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(3) Auswahl von Leistungserbringern

Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Wir leisten auch bei Inanspruchnahme von in Krankenhausambulanzen tätigen Ärzten und Zahnärzten, nicht jedoch bei Inanspruchnahme von juristischen Personen wie z. B. Diagnostik- und Behandlungsinstituten.

(4) Arznei-, Heil- und Hilfsmittel

Arznei-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 3 genannten Leistungserbringern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

(5) Auswahl von Krankenhäusern

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegen.

(6) Besonderheiten bei Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen

Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen, Leistungen zur Prävention (Vorsorge) bzw. Rehabilitation erbringen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, beschränkt sich unsere Leistung auf die im tariflichen Leistungskatalog (Tarif mit Tarifbedingungen) genannten Fälle. Bei Tbc-Erkrankungen leisten wir in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien.

(7) Versicherte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben (z.B. Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Eigenblutbehandlung und therapeutische Lokalanästhesie) oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; jedoch können wir unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

§ 4 Wann ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen oder eingeschränkt?

(1) Ausschlüsse und Einschränkungen

Wir leisten nicht für

a) solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsergebnisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind.

Der Leistungsausschluss für durch Kriegereignisse verursachte Krankheiten, Krankheitsfolgen, Unfallfolgen und Todesfälle gilt nicht, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines Kriegereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebietes gehindert ist.

b) Krankheiten und Unfälle, die die versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.

c) Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

d) ambulante psychotherapeutische Behandlungen.

e) die Inanspruchnahme von Heilpraktikern.

f) Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall eintritt, nachdem wir Sie über den Leistungsausschluss benachrichtigt haben. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen.

g) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Präventions(Vorsorge)- und Rehabilitationsmaßnahmen, mit Ausnahme der im Tarif genannten Leistungsfälle.

h) Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.

i) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Herabsetzung auf angemessenen Betrag

Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder wird für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme eine unangemessen hohe Vergütung berechnet, so können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Im Tarif mit Tarifbedingungen können weitere Regelungen zur Einschränkung der Leistungspflicht enthalten sein.

(3) Anrechnung von Leistungen gesetzlicher Leistungsträger

Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so sind wir, unbeschadet Ihrer Ansprüche auf ersatzweises Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendun-

gen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

Wenn wir in Vorleistung treten, ist der Leistungsanspruch gegen den gesetzlichen Leistungsträger an uns schriftlich abzutreten. Diese Verpflichtung besteht bis zur Höhe der von uns geleisteten Erstattung.

(4) Bereicherungsverbot

Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 5 Gelten Wartezeiten?

Wartezeiten bestehen nicht.

§ 6 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Abhängigkeit des Beginns von der rechtzeitigen Zahlung des Erstbeitrages

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig im Sinne von § 7 Abs. 2 a) zahlen.

(2) Weitere Voraussetzungen für den Beginn des Versicherungsschutzes bzw. für unsere Leistungspflicht

Der Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages. Der Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt insbesondere durch Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, besteht keine Leistungspflicht. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor dem im Versicherungsschein als Versicherungsbeginn angegebenen Zeitpunkt fällt.

Bei nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages gilt § 8 Abs. 1 Satz 2.

(3) Vertragsänderungen

Bei Vertragsänderungen gilt Abs. 1 und 2 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 7 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsweise

Die Beiträge für Ihre Versicherung müssen Sie als laufende Monatsbeiträge zahlen.

(2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

a) Erster Beitrag

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass die Versicherung erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

b) Folgebeiträge

Die Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten fällig, wenn nichts anderes vereinbart ist.

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies nicht zu vertreten haben, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich erfolgt, nachdem wir Sie in Textform zur Zahlung aufgefordert haben.

(4) Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens bei fehlgeschlagenem Einzug

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies zu vertreten haben, können wir für die Zukunft verlangen, dass Zahlungen nur noch außerhalb des Lastschriftverfahrens erfolgen.

(5) Übermittlungsrisiko

Die Übermittlung des Beitrages erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

§ 8 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrages (siehe § 6 Abs. 1) abhängig. Zahlen Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig, beginnt der Versicherungsschutz daher erst zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen. Versicherungsfälle, die zwischen dem im Versicherungsschein als Versicherungsbeginn angegebenen Zeitpunkt und der Zahlung des Erstbeitrages eintreten, sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der vor der Zahlung des Erstbeitrages liegt. Dieser Ausschluss gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrages hingewiesen haben.

(2) Unsere Rücktrittsmöglichkeit

Zahlen Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

§ 9 Was gilt bei verspäteter Zahlung von Folgebeiträgen?

(1) Mahnung, Mahnkosten sowie Säumniszuschläge

Sind Sie mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, werden wir Sie unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsschutzes auf Ihre Kosten mahnen.

Sie haben für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten.

(2) Ruhen der Leistungen

Ist der Rückstand zwei Wochen, nachdem Ihnen unsere Mahnung zugegangen ist, noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, werden wir das Ruhen der Leistungen feststellen. Das Ruhen tritt drei Tage, nachdem Ihnen unsere Mitteilung über das Ruhen zugegangen ist, ein. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits in der Mahnung auf diese Folge hingewiesen haben.

Während der Ruhenszeit haften wir ausschließlich für versicherte Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Unsere Erstattungspflicht beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen.

(3) Ende des Ruhens

Das Ruhen endet, wenn Sie alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt haben oder wenn bei Ihnen oder der versicherten Person Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) eintritt. Sie haben uns die Hilfebedürftigkeit durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem SGB II oder SGB XII nachzuweisen. Wir können in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung von Ihnen verlangen.

(4) Fortsetzung der Versicherung im Basistarif

Haben Sie die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens nicht vollständig bezahlt, so wird die Versicherung im Basistarif gemäß § 12 Abs. 1a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) fortgesetzt. Die Regelungen nach Abs. 2 Satz 4 und 5 bleiben unberührt.

§ 10 Welche Zahlung schulden Sie uns bei vorzeitiger Beendigung oder Nichtigkeit des Vertrages?

Wird der Vertrag vorzeitig beendet, können wir - soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - nur den Teil des Beitrages verlangen, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Andere gesetzliche Bestimmungen gelten insbesondere, wenn wir wegen einer Verletzung Ihrer Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten oder ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten. In diesen Fällen können wir den vereinbarten Beitrag bis zum Zugang unserer Rücktritts- oder Anfechtungserklärung verlangen. Dies gilt auch, wenn der Versicherungsschutz in diesen Fällen rückwirkend entfällt.

Treten wir wegen nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten Beitrages vom Vertrag zurück, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

Für die Berechnung des Tagesbeitrages gilt § 15 Abs. 1 Satz 2 bis 3.

§ 11 Wann werden nach dem Gesetz unsere Leistungen fällig?

(1) Fälligkeit unserer Leistungen

Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von uns geforderten Nachweise (siehe § 12) erbracht sind; diese werden unser Eigentum.

Unsere Leistungen erbringen wir, nachdem wir die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungen notwendigen Erhebungen abgeschlossen haben.

(2) Anspruch auf Abschlagszahlung bei Geldleistungen

Haben wir diese Erhebungen nicht innerhalb eines Monats nach Anzeige des Versicherungsfalles abgeschlossen, so können Sie Abschlagszahlungen in Höhe des Betrages verlangen, den wir voraussichtlich mindestens zu zahlen haben. Verzögern sich jedoch unsere Erhebungen durch Ihr Verschulden, verlängert sich die Monatsfrist entsprechend.

§ 12 Was gilt für die Auszahlung der Versicherungsleistungen?

(1) Nachweise

Nachweise im Sinne von § 11 Abs. 1 sind insbesondere Originalrechnungen. Die Rechnungen – auch unbezahlte – müssen als Urschrift erkennbar sein, den geltenden rechtlichen Regelungen entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten:

- a) Name der behandelten Person,
- b) Bezeichnung der Krankheit,
- c) Art der Leistungen,
- d) die Behandlungs- oder die Bezugsdaten.

(2) Nachweise für ersatzweises Krankenhaustagegeld

Machen Sie ersatzweise Krankenhaustagegeld geltend, ist als Nachweis eine Bescheinigung über die stationäre Heilbehandlung einzureichen. Die Bescheinigung muss insbesondere den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, das Aufnahme- und das Entlassungsdatum sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage enthalten.

(3) Nachweise bei anderweitigem Leistungsanspruch

Besteht anderweitig ein Leistungsanspruch für denselben Versicherungsfall und wird dieser zuerst geltend gemacht, so genügen als Nachweis die mit Erstattungsvermerken versehenen Rechnungszweitschriften.

(4) Leistungsempfänger

Wir leisten an Sie oder den Überbringer oder Übersender ordnungsgemäßer Nachweise. Wenn wir begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers oder Übersenders haben, werden wir die Leistung nur an Sie auszahlen.

(5) Belege in ausländischer Währung

In ausländischer Währung entstandene Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages in Euro umgerechnet, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Bei nicht gehandelten Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“ (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank) nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(6) Kosten der Auszahlung

Für die Überweisung der Versicherungsleistungen fallen keine Kosten an, wenn Sie uns ein Inlandskonto benennen. Die Kosten für sonstige Überweisungen sowie für die Übersetzung fremdsprachiger Rechnungen können von den Leistungen abgezogen werden.

§ 13 Können vertragliche Ansprüche übertragen werden?

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Bei bestimmungsgemäßer Verwendung der „Card für Privatversicherte“ („Allianz Card“) gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 14 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Das gilt auch für einzelne versicherte Personen oder Tarife.

§ 15 Welche Besonderheiten gibt es bei der Beitragszahlung?

(1) Berechnung des Tagesbeitrages

Beginnt die Versicherung von Neugeborenen oder Adoptivkindern nach § 31 nicht an einem Monatsersten bzw. endet die Versicherung einer versicherten Person infolge Tod (siehe § 27 Abs. 2) nicht zum Monatsende, so ist der Beitrag nur anteilig für jeden versicherten Tag des jeweiligen Rumpfmonats zu zahlen. Als Tagesbeitrag gilt jeweils 1/30 des zu zahlenden Monatsbeitrages. Bei der Berechnung des Tagesbeitrages wird jeweils auf volle Cent aufgerundet.

(2) Beitragsänderung bei Vollendung des 16. bzw. 21. Lebensjahres

Nach Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person das 16. Lebensjahr oder das 21. Lebensjahr vollendet, müssen Sie den Beitrag zahlen, der im Tarif für die nächst höhere Altersstufe vorgesehen ist.

(3) Beitragsnachlässe bei Vorauszahlung

Ihr Beitrag ist als Monatsbeitrag kalkuliert und wird zu Beginn eines jeden Monats fällig (siehe § 7 Abs. 2 b)). Wenn Sie mehrere Monatsbeiträge im Voraus zahlen, erhalten Sie einen Nachlass wie folgt:

- 1% bei vierteljährlicher Vorauszahlung,
- 2% bei halbjährlicher Vorauszahlung oder
- 4% bei jährlicher Vorauszahlung.

§ 16 Wie berechnet sich der Beitrag?

(1) Gesetzliche Vorschriften zur Beitragsberechnung

Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

(2) Auswirkungen von Alter und Geschlecht bei Beitragsänderungen

Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe 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 unserer Leistungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Risikozuschläge bei Beitragsänderungen

Bei Beitragsänderungen können wir auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Risikozuschläge bei Vertragsänderungen

Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht uns für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für unseren Geschäftsbetrieb zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 17 Was gilt für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung?

(1) Bildung der Rückstellung für Beitragsrückerstattung

Für die Bildung der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist die von uns der Aufsichtsbehörde gegenüber abgegebene geschäftsplanmäßige Erklärung maßgebend.

(2) Verwendung der angesammelten Beträge

Die Verwendung der in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge zugunsten der Versicherten kann geschehen durch Barausschüttung, Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen sowie in Ausnahmefällen mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde zur Abwendung eines Notstandes (Verlustabdeckung).

(3) Barausschüttung

Die Barausschüttung kann in Form einer Auszahlung oder Gutschrift erfolgen. Die Festlegung der berechtigten Tarife sowie die Höhe der jeweiligen Ausschüttung erfolgt durch den Vorstand im Einvernehmen mit dem Treuhänder.

Wird eine Barausschüttung eingeräumt, sind alle Personen teilnahmeberechtigt, die während des ganzen abgelaufenen Kalenderjahres in den festgelegten Tarifen versichert waren, für das abgelaufene Kalenderjahr Leistungen nicht erhalten haben und am 30. Juni des Folgejahres nach diesen Tarifen ohne Beitragsrückstand noch versichert sind. Eine Barausschüttung und deren Höhe kann jedoch davon abhängig gemacht werden, dass die vorgenannten Voraussetzungen oder Teile davon für mehrere aufeinander folgende Jahre erfüllt sind.

Die Teilnahmeberechtigung bleibt auch dann erhalten, wenn die Versicherung vor dem 30. Juni des Folgejahres durch Tod oder Eintritt der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung endet.

Die Anwartschaftsversicherung nimmt an der Beitragsrückerstattung nicht teil.

Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung wird nach dem 30. Juni des Folgejahres vorgenommen.

(4) Andere Verwendungen

Bei Verwendung als Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen bestimmt der Vorstand im Einvernehmen mit dem Treuhänder den zu verwendenden Betrag, die Art, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Verwendung.

§ 18 Welche Obliegenheiten sind zu beachten?

(1) Allgemeines

Die Verletzung der in Abs. 2 bis 6 genannten Obliegenheiten kann unter den in § 19 genannten Voraussetzungen zu ganzer oder teilweiser Leistungsfreiheit führen.

(2) Erteilung von Auskünften

Die versicherte Person hat auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.

(3) Ärztliche Untersuchung

Die versicherte Person ist verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, wenn wir dies verlangen.

(4) Schadenminderung

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

(5) Unterrichtung bei anderweitigem Versicherungsschutz

Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, sind Sie verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(6) Weitere Obliegenheiten

Weitere Obliegenheiten sind in § 22 geregelt. Zudem können im Tarif mit Tarifbedingungen Obliegenheiten geregelt sein.

§ 19 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

Eine Obliegenheitsverletzung kann - unabhängig ob die Obliegenheit vor oder nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen ist - Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht haben.

Verletzen Sie eine Obliegenheit aus diesem Vertrag vorsätzlich, so besteht insoweit kein Versicherungsschutz.

Verletzen Sie eine Obliegenheit aus diesem Vertrag grob fahrlässig, sind wir berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere Ihres Verschuldens. Eine Kürzung unterbleibt, wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit sind wir jedoch insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich ist. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Verletzen Sie eine Auskunfts- oder Aufklärungspflicht, die Sie nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen haben, können wir uns auf vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 20 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht im Sinne des Gesetzes?

(1) Anzeigepflicht

a) Gegenstand der Anzeigepflicht

Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Die Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

b) Zurechnung der Kenntnis Dritter Personen

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet, werden Ihnen Kenntnis und Arglist dieser Person zugerechnet.

(2) Nachteilige Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung

a) Unsere Rechte bei Anzeigepflichtverletzung

Die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht ergeben sich aus §§ 19 bis 22 und 194 Abs. 1 Satz 3, 206 Abs. 1 Satz 1 VVG. Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir

- vom Vertrag zurücktreten,
- von unserer Leistungspflicht frei sein,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

Unsere Rechte zum Rücktritt oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

b) Frist für die Ausübung unserer Rechte

Unsere Rechte zum Rücktritt und zur Vertragsänderung erlöschen, wenn seit dem Abschluss des Vertrages mehr als drei Jahre verstrichen sind. Das gilt nicht, wenn wir von einer Anzeigepflichtverletzung durch einen Versicherungsfall Kenntnis erlangt haben, der vor Ablauf dieser Frist eingetreten ist. Die Frist nach Satz 1 beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Unser Recht zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung erlischt, wenn seit der Abgabe Ihrer Vertragserklärung zehn Jahre verstrichen sind.

(3) Ihr Kündigungsrecht bei Vertragsänderung

Wenn wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10% erhöhen oder die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen, können Sie den Vertrag nach Maßgabe von § 19 Abs. 6 VVG kündigen.

Die Kündigung setzt voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt.

Die Kündigung wird erst wirksam, wenn Sie uns innerhalb der Kündigungsfrist nachweisen, dass die versicherte Person bei dem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(4) Erweiterung des Versicherungsschutzes

Abs. 1 bis 3 gilt entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

(5) Schriftformerfordernis

Die Ausübung des Rechtes auf Rücktritt, Kündigung, Anfechtung oder Vertragsänderung bedarf der Schriftform (siehe § 25 Abs. 1 Satz 2 und 3).

§ 21 Was gilt für die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person?

Die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich.

§ 22 Unter welchen Voraussetzungen gehen Ansprüche gegen Dritte auf uns über und was ist dabei zu beachten?

(1) Übergang von Ersatzansprüchen

Steht Ihnen ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, so geht dieser Anspruch auf uns über, soweit wir den Schaden ersetzen. Der Übergang kann nicht zu Ihrem Nachteil geltend gemacht werden.

(2) Obliegenheiten bzgl. Ersatzansprüchen

Sie haben einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruches dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren. Nachdem der Ersatzanspruch auf uns übergegangen ist, sind Sie ferner verpflichtet, bei der Durchsetzung des Anspruches durch uns mitzuwirken, soweit dies erforderlich ist.

Verletzen Sie Ihre Obliegenheiten vorsätzlich, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet als wir infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können.

Können wir von dem Dritten keinen Ersatz verlangen, weil Sie Ihre Obliegenheiten grob fahrlässig verletzt haben, so sind wir insoweit nicht gänzlich leistungsfrei, sondern berechtigt, unsere Leistung nach der Schwere Ihres Verschuldens zu kürzen. Eine Kürzung unterbleibt, wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

(3) Personen in häuslicher Gemeinschaft

Wenn Ihr Ersatzanspruch sich gegen eine Person richtet, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den nach Abs. 1 übergegangenen Anspruch nur geltend machen, wenn diese Person den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

(4) Abtretung von Bereicherungsansprüchen

Steht Ihnen ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die wir auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht haben, ist Abs. 1 und 2 entsprechend anzuwenden.

(5) Ansprüche der versicherten Person

Abs. 1 bis 4 gilt gleichermaßen, wenn die Ersatzansprüche oder die Bereicherungsansprüche der versicherten Person zustehen.

§ 23 Was gilt bei Aufrechnung uns gegenüber?

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

§ 24 Welche Dauer hat der Vertrag und wie wird das Versicherungsjahr berechnet?

(1) Vertragsdauer

Das Versicherungsverhältnis ist unbefristet. Es gilt eine Mindestversicherungsdauer von zwei Versicherungsjahren. Die Dauer einer bestehenden Vorversicherung mit gleichartigen Leistungen wird bei Tarifwechsel auf die Mindestversicherungsdauer angerechnet.

(2) Berechnung des Versicherungsjahres

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 25 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen, die Aufhebung der Versicherung oder deren Fortsetzung in Form einer Anwartschaftsversicherung verlangen?

(1) Schriftform Ihrer Kündigungserklärung

Jede Kündigung des Versicherungsverhältnisses nach Abs. 2 bis 6 durch Sie muss in Schriftform erfolgen. Die Schriftform ist nur durch eine eigenhändig unterzeichnete, schriftliche Erklärung erfüllt. Für die Unterzeichnung ist die Unterschrift mit dem Namen am Ende der Erklärung notwendig.

(2) Kündigungszeitpunkt und -frist

Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens zum Ablauf der nach § 24 Abs. 1 Satz 2 und 3 vereinbarten Mindestversicherungsdauer von zwei Versicherungsjahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(3) Beschränkung der Kündigung

Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(4) Eintritt der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht

Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so können Sie innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenvollversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankheitskostenversicherung) oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen.

Die Kündigung ist unwirksam, wenn Sie uns den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweisen, nachdem wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben. Das gilt nicht, wenn Sie das Versäumen dieser Frist nicht zu vertreten haben.

Machen Sie von Ihrem Kündigungsrecht Gebrauch, steht uns der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Die Berechnung des Tagesbeitrages erfolgt gemäß § 15 Abs. 1 Satz 2 bis 3. Später können Sie die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie uns den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Der Beitrag steht uns in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu.

Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(5) Vertraglich geregelte Beitragsänderungen

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, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(6) Erhöhung von Beitrag, Selbstbeteiligung oder Risikozuschlag sowie Minderung unserer Leistungen nach §§ 28, 29

Erhöhen wir den Beitrag, eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung oder einen vereinbarten Risikozuschlag nach § 28 oder vermindern wir unsere Leistungen nach § 29, können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Voraussetzung für eine wirksame Kündigung ist, dass Sie diese innerhalb eines Monats nach Zugang der Änderungsmitteilung erklären. Bei einer Erhöhung des Beitrages, einer betragsmäßig festgelegten Selbstbeteiligung oder eines vereinbarten Risikozuschlages im Sinne von Satz 1 können Sie das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(7) Anspruch auf Aufhebung der Versicherung

Sofern wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklären, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang unserer darauf gerichteten Erklärung die Aufhebung des übrigen Teiles der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem Ihnen unsere Erklärung

zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(8) Besondere Kündigungsvoraussetzungen

Eine Kündigung nach den Abs. 2 bis 3 und 5 bis 7 setzt voraus, dass Sie für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer einen neuen Vertrag abschließen, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt.

Die Kündigung wird erst wirksam, wenn Sie uns innerhalb der Kündigungsfrist nachweisen, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(9) Anspruch auf Fortsetzung des Vertrages durch die versicherten Personen

Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

(10) Anspruch auf Fortsetzung in Form einer Anwartschaftsversicherung

Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, steht Ihnen und/oder der betroffenen versicherten Person das Recht zu, das Versicherungsverhältnis nach Maßgabe des § 204 Abs. 4 VVG in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

Der Antrag auf Umwandlung des Versicherungsverhältnisses in eine Anwartschaftsversicherung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung zu stellen.

§ 26 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?

(1) Verzicht auf unser ordentliches Kündigungsrecht

Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht.

(2) Außerordentliches Kündigungsrecht

Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben hiervon unberührt. Die außerordentliche Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 27 In welchen Fällen endet die Versicherung außerdem und unter welchen Voraussetzungen kann sie fortgesetzt werden?

(1) Tod des Versicherungsnehmers

Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Tod der versicherten Person

Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union/des Europäischen Wirtschaftsraumes

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union und nicht Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet das Versicherungsverhältnis für die betroffene versicherte Person.

(4) Trennung/Scheidung

Ein getrennt lebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener kann seinen Vertragsteil als selbstständige Versicherung fortsetzen.

§ 28 Unter welchen Voraussetzungen können Beitrag, Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst werden?

(1) Voraussetzungen

Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungen z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt die Gegenüberstellung zu den Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifes eine Abweichung von mehr als 10%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5% können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Ergibt die Gegenüberstellung zu den Sterbewahrscheinlichkeiten für eine Beobachtungseinheit eines Tarifes eine Abweichung von mehr als 5%, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Bei einer Beitragsanpassung kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 30 Abs. 2 a) Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 30 Abs. 3 a) Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) Absehen von der Beitragsanpassung

Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

(3) Wirksamwerden

Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung durch uns folgt. Die Benachrichtigung erhalten Sie in Textform.

§ 29 Unter welchen Voraussetzungen ist eine Bedingungsanpassung zulässig?

(1) Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und der Tarif mit Tarifbedingungen 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 unsere Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt. Die Mitteilung erhalten Sie in Textform.

(2) Unwirksamkeit einer Bestimmung

Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages 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 Vertragszieles die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe in Textform mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

§ 30 Welche Ansprüche auf Tarifwechsel bestehen?

(1) Wechsel in einen anderen Tarif

Ihnen steht das Recht zu, den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz nach den Voraussetzungen und mit den Rechtsfolgen des § 204 VVG zu verlangen.

(2) Wechsel in den Standardtarif

a) In Ihrem Vertrag versicherte Personen, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen erfüllen, können auf Ihr Verlangen in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben.

b) Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen.

c) Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich. Soweit die Leistungen im Standardtarif höher oder umfassender sind als im bisherigen Tarif, können wir für die Mehrleistung einen angemessenen Risikozuschlag verlangen.

d) Die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf Ihren Antrag auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

(3) Wechsel in den Basistarif

a) In Ihrem Vertrag versicherte Personen können auf Ihr Verlangen in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln, wenn bei der versicherten Person mindestens eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:

- die versicherte Person hat das 55. Lebensjahr vollendet,
- die versicherte Person hat das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet, erfüllt aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung und hat diese Rente beantragt,
- die versicherte Person bezieht ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften,
- die versicherte Person ist hilfebedürftig nach dem SGB II oder SGB XII.

Zur Gewährleistung der in Satz 1 genannten Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben.

b) Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich.

c) Die Versicherung im Basistarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf Ihren Antrag auf Wechsel in den Basistarif folgt.

§ 31 Was gilt für die Nachversicherung von Kindern?

(1) Leibliche Kinder

Wir verpflichten uns, Neugeborene ohne Risikozuschläge, ohne Leistungsausschlüsse und ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt zu versichern, wenn sie spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt zur Versicherung angemeldet werden. Voraussetzung ist, dass ein Elternteil am Tage der Geburt mindestens drei Monate bei uns versichert war.

Erfolgt die Versicherung des Neugeborenen unter diesen Voraussetzungen, besteht für das Neugeborene ab Geburt Versicherungsschutz im vertraglichen Umfang auch für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Geburtschäden oder angeborener Krankheiten.

Der Versicherungsschutz des Neugeborenen darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(2) Adoptivkinder

Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, wenn das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Für ein erhöhtes Risiko können wir einen Risikozuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe verlangen.

§ 32 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

§ 33 Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

(1) Örtlich zuständiges Gericht für Klagen des Versicherungsnehmers

Sie können aus dem Versicherungsverhältnis bei dem Gericht Klage erheben, das für unseren Geschäftssitz oder für unsere Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.

Sie können auch bei dem deutschen Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Sofern nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, können Sie Klagen auch dort erheben.

(2) Örtlich zuständiges Gericht für Klagen des Versicherers

Wir können Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie bei dem Gericht erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(3) Unbekannter Wohn- oder Geschäftssitz des Versicherungsnehmers

Ist Ihr Wohnsitz im Zeitpunkt der Klageerhebung unbekannt und ist auch kein gewöhnlicher Aufenthaltsort in Deutschland bekannt, können sowohl Sie als auch wir Klagen im Zusammenhang mit dem Versicherungsverhältnis ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder für unsere Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.

(4) Versicherungsnehmer außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz

Haben Sie zum Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohn- oder Geschäftssitz nicht in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaft, Island, Norwegen oder der Schweiz, können sowohl Sie als auch wir Klagen im Zusammenhang mit dem Versicherungsverhältnis ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder für unsere Sie betreuende Niederlassung örtlich zuständig ist.

(5) Schädigendes Ereignis im Ausland

Haben Sie bei Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland, und tritt ein versichertes schädigendes Ereignis im Ausland ein, so können Klagen in diesem Zusammenhang nur vor einem deutschen Gericht erhoben werden. Sie können Klagen an dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder eine Sie betreuende deutsche Niederlassung örtlich zuständig ist. Wahlweise können Sie auch an dem Gericht klagen, das für Ihren deutschen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland zuständig ist.

Haben Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in Deutschland, so können wir nur an dem für diesen Ort zuständigen Gericht Klage erheben. Haben Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in ein anderes Land verlegt, können wir an dem Gericht Klage erheben, das für Ihren letzten uns bekannten deutschen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständig ist.

§ 34 Was gilt nach dem Gesetz, wenn Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift oder Ihres Namens nicht mitteilen?

(1) Folgen einer unterlassenen Mitteilung

Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift oder Ihres Namens nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift unter dem letzten uns bekannten Namen. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen.

(2) Verlegung Ihrer gewerblichen Niederlassung

Wenn Sie für die Versicherung die Anschrift Ihres Gewerbebetriebes angegeben haben, gilt Abs. 1 bei einer Verlegung der gewerblichen Niederlassung entsprechend.

§ 35 Was gilt für Ihre Mitteilungen und Erklärungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

Mitteilungen und Erklärungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, können weitreichende Auswirkungen haben. Diese sollten auch dann in Textform oder Schriftform (siehe § 25 Abs. 1 Satz 2 und 3) erfolgen, wenn eine solche Form weder im Gesetz noch im Versicherungsvertrag vorgesehen ist.

§ 36 Was gilt bei einer Versicherung für fremde Rechnung?

(1) Rechte und Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag

Schließen Sie den Versicherungsvertrag im eigenen Namen für einen anderen (Versicherung für fremde Rechnung), so können ausschließlich Sie als Versicherungsnehmer die Rechte aus dem Vertrag ausüben. Dies gilt auch, wenn die versicherte Person den Versicherungsschein besitzt.

(2) Empfangsberechtigung der versicherten Person

Haben Sie die versicherte Person uns gegenüber in Textform als empfangsberechtigt für die Versicherungsleistung benannt, kann ausschließlich diese die Versicherungsleistung verlangen; die Benennung kann widerruflich oder unwiderruflich erfolgen. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie die Versicherungsleistung verlangen.

(3) Kenntnis und Verhalten der versicherten Person

Soweit Ihre Kenntnis oder Ihr Verhalten von rechtlicher Bedeutung sind, steht dem auch die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person gleich. Das bedeutet insbesondere, dass nicht nur Sie zur Erfüllung von Obliegenheiten verpflichtet sind, sondern auch die versicherte Person.

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es nicht an, wenn der Vertrag ohne ihr Wissen abgeschlossen worden ist oder es ihr nicht möglich oder zumutbar war, Sie rechtzeitig zu benachrichtigen. Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es dagegen an, wenn Sie den Vertrag ohne Auftrag der versicherten Person geschlossen und uns bei Abschluss des Vertrages nicht darüber informiert haben.

§ 37 Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren gemäß § 195 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) in drei Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung bestimmen sich nach §§ 195 bis 213 BGB.

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung

Haben Sie einen Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet, ist die Verjährung bis zu dem Zeit-

punkt gelehmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

Teil II - Tarif Kostenbewusst (KB)

§ 1 Wer kann in diesen Tarif aufgenommen werden?

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?

(1) Ambulante Heilbehandlung - Erstattung 100%, Selbstbeteiligung 310 EUR

Ersetzt werden - mit Ausnahme von psychotherapeutischen Behandlungen sowie Behandlungen durch Heilpraktiker - die erstattungsfähigen Aufwendungen, soweit sie die summenmäßige Selbstbeteiligung gemäß § 3 übersteigen.

Dazu gehören:

a) ärztliche Leistungen (einschließlich Wegegebühren und Reiseentschädigungen), die nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechenbar sind. Die Aufwendungen werden bis zu den Höchstsätzen der GOÄ erstattet.

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 Hemodialysen.

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) Arzneimittel

Auch Verbandmaterial und Inkontinenzartikel gelten als Arzneimittel. Als Arzneimittel gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungsmittel, 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.

c) physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)

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

Kosten für Massagen und Wärmebehandlung sowie Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung der versicherten Person sind nicht erstattungsfähig.

d) Hilfsmittel,

die körperliche Behinderungen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen. Bei Rollstühlen, Sauerstoffkonzentratoren und Herz- und Atemmonitoren sind die Aufwendungen für Leihgeräte ohne Anrechnung auf die Selbstbeteiligung erstattungsfähig.

Kosten für Sehhilfen (Brillen, Kontaktlinsen und andere Sehhilfen), Hör- und Lesegeräte sind nicht erstattungsfähig.

e) Schutzimpfungen von Kindern, die von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut empfohlen werden.

f) Behandlung wegen Schwangerschaft, ambulante Entbindung und Hausentbindung (einschließlich Aufwendungen für Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik)
Es werden die für Krankheiten vorgesehenen Leistungen gezahlt einschließlich der Hebammen- und Entbindungspflegerkosten, die nach den amtlichen Gebührenordnungen berechnungsfähig sind.

g) Vorsorgeuntersuchungen

Als Vorsorgeuntersuchungen gelten ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen).

(2) Stationäre Heilbehandlung - Erstattung 100%

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre Behandlung in öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegen. Erstattungsfähig sind auch die Aufwendungen für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a SGB V sowie für gesondert berechnete Leistungen für ambulante Operationen.

Wir leisten nicht für Behandlungen in öffentlichen oder privaten Krankenhäusern, die auch oder ausschließlich Kuren und Sanatoriumsbehandlungen durchführen, Leistungen zur Prävention (Vorsorge) und Rehabilitation anbieten oder Rekonvaleszenten aufnehmen.

Leistungspflicht besteht jedoch für eine medizinisch notwendige Weiterbehandlung in unmittelbarem Anschluss an die stationäre Behandlung bei Zuständen nach

- akutem Herzinfarkt und/oder Reinfarkt,
- Herzoperation,
- Bandscheibenoperation,
- Gelenkersatzoperation,
- Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall),
- schweren Schädel-Hirnverletzungen,
- Krebsoperationen bzw. -bestrahlung.

Bei Tbc-Erkrankungen wird auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, die Aufwendungen für

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

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 GOÄ berechenbar sind, sowie der Beleghebammen und -entbindungspfleger, die nach den amtlichen Gebührenordnungen berechnungsfähig sind. Die Aufwen-

dungen für belegärztliche Leistungen werden auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattet. Stehen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, gilt Teil I § 4 Abs. 2 Satz 1.

c) Wahlleistungen

Als Wahlleistungen gelten die gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer sowie wahlärztliche Leistungen, die nach der GOÄ berechenbar sind.

Unterliegt das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung, gelten als Wahlleistungen die Inanspruchnahme von Ein- und Zweibettzimmern sowie ärztliche Leistungen.

Die Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die als Wahlleistungen gelten, werden auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattet. Stehen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, gilt Teil I § 4 Abs. 2 Satz 1.

d) ambulante Operationen

Als ambulante Operationen gelten die in Abschnitt C VIII Nr. 3 des Gebührenverzeichnisses der GOÄ aufgeführten Leistungen.

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören

- der operative Eingriff (ohne physikalische Therapiekosten),
- die Anästhesie,
- die pathologische Untersuchung des Operationspräparates.

Die Aufwendungen für ärztliche Leistungen werden auch über die Höchstsätze der GOÄ hinaus erstattet. Stehen die Aufwendungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, gilt Teil I § 4 Abs. 2 Satz 1.

e) Schwangerschaft und Entbindung

Es werden die für Krankheiten vorgesehenen Leistungen gezahlt.

f) Krankenhaustagegeld

Wir zahlen ein ersatzweises Krankenhaustagegeld von bis zu 50 EUR wie folgt

- 25 EUR, wenn auf die Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer verzichtet wird und
- 25 EUR, wenn auf die wahlärztliche oder belegärztliche Behandlung verzichtet wird.

Kein Anspruch auf das ersatzweise Krankenhaustagegeld besteht für Tage vollständiger Abwesenheit aus dem Krankenhaus, bei ambulanten Operationen oder wenn sich die stationäre Behandlung auf weniger als 24 Stunden je Tag erstreckt (teilstationäre Behandlung).

g) Transportkosten

Erstattungsfähig sind die Transportkosten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus in Verbindung mit Leistungen, die stationär erbracht werden.

h) Stationäre Behandlung außerhalb des Staates, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat
In Erweiterung von Teil I § 2 Abs. 1 und 2 sind auch Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre Behandlungen erstattungsfähig, die aus medizinischen Gründen nachweislich nicht in dem Staat (Bundesrepublik Deutschland bzw. Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirt-

schaftsraum), in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat, durchgeführt werden können.

Wir leisten jedoch nur, wenn wir vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Zusage gegeben haben.

(3) Zahnärztliche Heilbehandlung - Erstattung 80%

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen, die nach der geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) berechenbar sind sowie zahntechnische Leistungen (Material- und Laborkosten). Die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen werden bis zu den Höchstsätzen der GOZ und GOÄ erstattet.

Dazu gehören:

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), Brücken, Stifzähne und Kronen bzw. Teilkronen (siehe c)).

b) Zahnprophylaxe

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

c) Zahnersatz

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen (einschließlich Brücken, Stifzähnen, Kronen bzw. Teilkronen, auch bei Versorgung eines Einzelzahnes), Einlagefüllungen (Inlays), 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.

Nicht erstattungsfähig sind:

- die Mehrkosten für Einlagefüllungen (Inlays) aus Keramik und Glaskeramik,
- mehr als vier Teleskopkronen pro Kiefer,
- Verblendungen im hinteren Zahnbereich ab Zahn 7 im Oberkiefer und Zahn 6 im Unterkiefer,
- mehr als vier Implantate pro Kiefer.

d) Funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)

e) Kieferorthopädische Leistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen für versicherte Personen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr.

f) Ergänzend gilt:

aa) Höchstbeträge ab Versicherungsbeginn

Für Zahnersatz, funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen sowie Kieferorthopädie ist ab Versicherungsbeginn die Gesamtleistung pro versicherte Person auf nachfolgende Höchstbeträge begrenzt:

Erstattung von insgesamt

- 500 EUR während der ersten 12 Monate (1. Leistungsabschnitt)
- 1.000 EUR während der ersten 24 Monate (2. Leistungsabschnitt)
- 1.500 EUR während der ersten 36 Monate (3. Leistungsabschnitt)
- 2.000 EUR während der ersten 48 Monate (4. Leistungsabschnitt)

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der Aufwendungen ist das Behandlungsdatum. Für Aufwendungen, die im 1. Leistungsabschnitt entstehen und den Erstattungshöchstbetrag von 500 EUR übersteigen, besteht kein Erstattungsanspruch, insbesondere können diese nicht zu einem späteren Zeitpunkt mit dem Erstattungshöchstbetrag eines der nachfolgenden Leistungsabschnitte verrechnet werden. Diese Regelung gilt entsprechend für die Leistungsabschnitte 2, 3 und 4.

Ab dem 49. Monat: Erstattung von maximal 5.120 EUR innerhalb von 12 Monaten.

Nimmt die versicherte Person während der letzten drei Kalenderjahre vor Eintritt des Versicherungsfalles die nach der GOZ berechnungsfähigen prophylaktischen Leistungen mindestens einmal jährlich in Anspruch, verdoppeln sich die für die ersten 48 Monate geltenden Höchstbeträge. Die Begrenzung auf 5.120 EUR ab dem 49. Monat entfällt.

Für unfallbedingte zahnärztliche Heilbehandlung entfallen diese Höchstbeträge.

bb) Tarifwechsel

Bei Tarifwechsel wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif mit Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Höchstbeträge in Tarif KB angerechnet. Nach bisherigen Tarifen erbrachte Leistungen werden bei der Erstattung aus Tarif KB bis zu den Erstattungshöchstbeträgen je Leistungsabschnitt 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.

cc) Heil- und Kostenplan

Bei Zahnersatz, funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen sowie Kieferorthopädie ist uns nach Befunderhebung ein Heil- und Kostenplan einzureichen, falls die zu erwartenden Aufwendungen innerhalb eines Kalenderjahres 600 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 § 19 Abs. 1 berechtigt, eine der Schwere ihres Verschuldens entsprechende Kürzung des tariflichen Erstattungsbetrages für Zahnersatz, 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 § 19 Abs. 1 mit der Einschränkung leistungsfrei, dass bei Nichtvorlage die vereinbarte Leistungsfreiheit für Zahnersatz, funktionsana-

lytische und -therapeutische Leistungen sowie Kieferorthopädie auf die Hälfte des tariflichen Erstattungsbetrages begrenzt ist.

Ein nach Teil I § 19 Abs. 1 gekürzter Erstattungsbetrag begrenzt sich auf die tariflichen Höchstbeträge.

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

§ 3 Welche Selbstbeteiligung gilt?

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden nach Überschreitung nachstehender Selbstbeteiligung in Höhe der tariflich vereinbarten Sätze (siehe § 2) ersetzt.

Die Selbstbeteiligung beträgt für ambulante Heilbehandlung 310 EUR.

Die Selbstbeteiligung gilt pro versicherte Person und Kalenderjahr. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arznei- und Hilfsmittel 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 Tarifwechsel die jeweils vereinbarte Selbstbeteiligung ungekürzt.

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

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

§ 4 Wann erhalten Sie eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung?

Sind die Voraussetzungen für eine Beitragsrückerstattung gemäß Teil I § 17 Abs. 3 erfüllt, wird ab dem dritten Versicherungsjahr jährlich pro versicherte Person eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung in Höhe von 310 EUR gezahlt.

Die Höhe der Beitragsrückerstattung kann zusammen mit einer Beitragsanpassung gemäß Teil I § 28 angepasst werden.

§ 5 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 § 15 Abs. 2 der für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß Teil I § 16 Abs. 2 Rechnung getragen.