Die Continentale Krankenversicherung a.G. ist seit dem 24.08.2016 an Stelle der Mannheimer Krankenversicherung AG in das Versicherungsverhältnis eingetreten und ist ab diesem Zeitpunkt Versicherer nach diesen Bedingungen.

Tarif VR

Mannheimer Bedingungen 2009 für die Krankheitskostenversicherung nach Tarif VR (Mannheimer VB 2009 Krankheitskosten VR)

Stand: 01.07.2016

KVP_504_0716

Mannheimer Bedingungen 2009 für die Krankheitskostenversicherung nach Tarif VR (Mannheimer VB 2009 Krankheitskosten VR)

§ 1	Gegenstand der Versicherung	3
§ 1 a	Tarifvariante ohne Übertragungswert	3
§ 2	Örtlicher Geltungsbereich	3
§ 3	Versicherungsfall	3
§ 4	Versicherte Behandlungsmethoden	3
§ 5	Versicherungsleistungen	4
§ 6	Versicherte Aufwendungen	4
§ 7	Einschränkung der Leistungspflicht	9
§ 8	Selbstbehalte	10
§ 9	Auszahlung der Versicherungsleistungen	10
§ 10	Mannheimer Bedingungen 2009 für die Krankheitskostenversicherung nach Tarif VR und Allgemeine Bedingungen 2009 für die Krankenversicherung der Mannheimer Krankenversicherung AG	11

Mannheimer Bedingungen 2009 für die Krankheitskostenversicherung nach Tarif VR (Mannheimer VB 2009 Krankheitskosten VR)

§ 1 Gegenstand der Versicherung

In der Krankheitskostenversicherung ersetzt der Versicherer im Versicherungsfall im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für Krankheit oder Unfallfolgen und die Aufwendungen für sonstige vereinbarte Maßnahmen einschließlich solcher bei Schwangerschaft und Entbindung sowie für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.

§ 1 a Tarifvariante ohne Übertragungswert

1. Die Krankheitskostenversicherung nach Tarif VR gibt es ausschließlich in der Tarifvariante ohne Übertragungswert. Sie gilt für Versicherungsverhältnisse, die bis zum 31. Dezember 2008 mit Anspruch auf eine Tarifvariante ohne Übertragungswert abgeschlossen wurden.
2. Übertragungswert ist der in § 16 Nr. 2 Mannheimer AB-Kranken 2009 definierte Wert.
3. Aus der Tarifvariante ohne Übertragungswert kann in Tarife mit Tarifvarianten mit Übertragungswert gewechselt werden. In Tarifvarianten ohne Übertragungswert kann ab dem 1. Januar 2009 nur dann gewechselt werden, wenn die versicherte Person beim Versicherer auch in der Zeit vom 1. Januar 2009 bis zum beabsichtigten Wechsel ununterbrochen mit Anspruch auf die Versicherungsleistungen der Krankheitskosten-Pflichtversicherung (§ 2 Nr. 7 Mannheimer AB-Kranken 2009) versichert war und im Übrigen die Voraussetzungen des § 15 Mannheimer AB-Kranken 2009 gegeben sind.
4. Tarifvarianten mit Übertragungswert sind nur solche, die im Versicherungsschein ausdrücklich als Tarifvariante mit Übertragungswert bezeichnet sind.

§ 2 Örtlicher Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht weltweit.

§ 3 Versicherungsfall

1. 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, tritt ein neuer Versicherungsfall ein.
2. Versicherungsfall ist auch
   a) die Untersuchung und die medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft sowie die Entbindung,
   b) der Schwangerschaftsabbruch, dessen Rechtmäßigkeit den gesetzlichen Vorschriften entsprechend festgestellt ist,
   c) die Vorsorgeuntersuchung,
   d) die Schutzimpfung,
   e) die ambulante und die stationäre Kurbehandlung,
   f) der Tod.

   Nr. 1 Sätze 2 und 3 gelten entsprechend.

§ 4 Versicherte Behandlungsmethoden

1. Der Versicherer ersetzt im vereinbarten Umfang die Aufwendungen für Behandlungen nach Methoden der Schulmedizin und für Behandlungen nach Methoden, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden zur Verfügung stehen.
2. Als in der Praxis ebenso erfolgversprechend bewährt gelten die im Gebührenverzeichnis der Heilpraktiker genannten Methoden und insbesondere die nachstehend genannten Methoden der biologischen Medizin:
   a) Anthroposophische Medizin,
   b) Antihomotoxische Medizin,
   c) Ayurveda (mit Ausnahme der Transzendentalen Meditation),
   d) Bioenergetische Medizin und Regulationsmedizin: Akupunktur, Akupressur, Bioelektrische Funktionsdiagnostik (BFD), Elektroneuraltherapie (ENTH), Bioresonanztherapie, Elektroakupunktur (EAV, EAP-Varianten), Lasertherapie, Applied Kinesiology, Magnetfeldtherapie, Neuraltherapie, Regulationstherapien (Grundregulation, Thermographie), Shiatsu, Traditionelle Chinesische Medizin,
   e) Homöopathie,
   f) Mikroökologische Medizin: Elementar-Therapie, Mikrobiologische Therapie, Orthomolekulare Therapie,
   g) Organotherapie: Enzymtherapie, Thymustherapie, Zelltherapie,
   h) Physikalische Verfahren und Konditionierungsverfahren: Bewegungstherapien (Krankengymnastik), Dermapunktur, Elektrotherapie, Hydrotherapie, Lichttherapie, Sprachtherapie, Thermotherapie,
   i) Phytotherapie,
   j) Sauerstofftherapien: Hämatogene Oxidationstherapie, Oxivenierungstherapie, Ozontherapie, Sauerstoffbeatmung, Sauerstoffzelt, Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie.

§ 5 Versicherungsleistungen

Die Tabelle in § 6 führt auf, welche Aufwendungen versichert und in welchem Umfang sie ersatzpflichtig sind. Unter bestimmten Umständen, die in § 6 noch nicht berücksichtigt sind, schränkt § 7 die Leistungspflicht ein. Die Ersatzleistung vermindert sich gemäß § 8 um den Selbstbehalt.

§ 6 Versicherte Aufwendungen

Nr.	Versicherte Aufwendungen	VR 100, VR 100/325, VR 100/390, VR 100/650	VR 100/1650, VR 100/3300
1.	**Ambulante Behandlung** Zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung siehe Nr. 2, Psychotherapeutische Behandlung siehe Nr. 3 Der versicherten Person steht in Deutschland die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten, den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes, den Hebammen und den Angehörigen der Heilhilfsberufe frei. Im Ausland können die im jeweiligen Land zugelassenen Heilbehandler in Anspruch genommen werden. Die Aufwendungen werden ersetzt, soweit sie gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnung, bei Heilpraktikern gemäß dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH - Stand 1985), berechnet sind. Der Ersatz der Aufwendungen für ambulante ärztliche Behandlungen ist nicht auf die in der Gebührenordnung aufgeführten Höchstsätze begrenzt. Der Ersatz der Aufwendungen für Heilpraktiker ist auf die im GebüH - Stand 1985 - aufgeführten Höchstbeträge begrenzt.		
1.1	**Ärztliche Behandlung** Hierzu gehört auch die psychiatrische Behandlung	100%	100%
1.2	**Behandlung durch Heilpraktiker**	100%	100%
1.3	**Vorsorgeuntersuchungen** Vorsorgeuntersuchungen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten durch einen der in Nr. 1 genannten Behandler.	100%	100%
1.4	**Schutzimpfungen** Als Schutzimpfungen gelten Impfungen gegen Grippe, Tollwut, Wundstarrkrampf, Hepatitis, Diphtherie und Frühsommermeningoenzephalitis (Zeckenschutzimpfung) sowie die staatlich empfohlenen Kinderschutzimpfungen. Ersetzt werden auch die Aufwendungen für den Impfstoff.	100%	100%
1.5	**Arznei- und Verbandmittel** Ersetzt werden Aufwendungen für Arzneimittel, die der Behandlung nach den in § 4 genannten Methoden dienen. Als Arzneimittel gelten auch - die besonderen Arzneizubereitungen Homöopathische Hochpotenzen, Spagyrik und Nosoden, - bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z.B. bei Enzymmangelerkrankungen, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden. Arznei- und Verbandmittel müssen von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet werden. Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen werden.	100%	100%
1.6	**Heilmittel** Als Heilmittel gelten Bäder, Massagen, Heilgymnastik, Bestrahlungen, Inhalationen, Sprachtherapie, elektrische und physikalische Heilbehandlung. Heilmittel müssen von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet und von einem staatlich geprüften Angehörigen eines Heilhilfsberufs angewandt werden.	100%	100%

Nr.	Versicherte Aufwendungen	VR 100, VR 100/325, VR 100/390, VR 100/650	VR 100/1650, VR 100/3300
1.7	**Hilfsmittel** Als Hilfsmittel gelten Sehhilfen, Bandagen, Gehhilfen, orthopädische Schuhe und Einlagen, Gummistrümpfe, Körperersatzstücke (z.B. künstliche Gliedmaßen, künstliche Augen, künstlicher Kehlkopf), Hörhilfen, Krankenfahrstühle und Stützapparate. Aufwendungen für Brillengestelle werden bis zu einem Betrag von ersetzt. Bei versicherten Personen, für die Beiträge für Erwachsene entrichtet werden, entsteht ein erneuter Anspruch auf Erstattung einer Sehhilfe frühestens nach zwei Jahren. Vor Ablauf von zwei Jahren entsteht ein erneuter Anspruch nur bei einer Veränderung der Sehschärfe von mindestens 0,5 Dioptrien. Ersetzt werden auch die Aufwendungen für die notwendige Änderung oder Reparatur eines Hilfsmittels. Hilfsmittel müssen von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet werden. Die Notwendigkeit einer Sehhilfe kann auch durch einen Augenoptiker festgestellt werden.	100% EUR 110,-	100% EUR 110,-
1.8	**Hebammenhilfe**	100%	100%
1.9	**Hausentbindung** Bei Hausentbindung wird zur Abgeltung weiterer Aufwendungen pauschal ein Betrag von gezahlt.	EUR 520,-	keine Leistung
1.10	**Häusliche Krankenpflege** Ersetzt werden die Aufwendungen für häusliche Krankenpflege für die Dauer von bis zu vier Wochen, wenn - eine stationäre Heilbehandlung gemäß Nr. 4 erforderlich, aber nicht ausführbar ist oder wenn eine stationäre Heilbehandlung vermieden oder verkürzt wird und solange keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches XI (SGB XI) besteht, und - eine im Haushalt lebende Person den Kranken nicht im erforderlichen Umfang pflegen und versorgen kann, und - die häusliche Krankenpflege durch staatlich anerkannte Pflegekräfte erfolgt.	100%	100%
1.11	**Fahrten und Transporte** In Notfällen und bei Gehunfähigkeit zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Behandler.	100%	100%

Nr.	Versicherte Aufwendungen	VR 100, VR 100/325, VR 100/390, VR 100/650	VR 100/1650, VR 100/3300
2.	**Ambulante zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung** Der versicherten Person steht in Deutschland die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten und Kieferorthopäden frei. Im Ausland können die im jeweiligen Aufenthaltsland zugelassenen Behandler in Anspruch genommen werden. Die Aufwendungen werden ersetzt, soweit sie gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnung berechnet sind. Der Ersatz der Aufwendungen ist nicht auf die in der Gebührenordnung aufgeführten Höchstsätze begrenzt. Bei voraussichtlichen Aufwendungen von EUR 5.000,- oder mehr soll dem Versicherer vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan vorgelegt werden. Der Ersatz von Aufwendungen für Versicherungsfälle ist in den ersten sechs Versicherungsjahren begrenzt		
	- für alle sechs Versicherungsjahre zusammen auf insgesamt höchstens	EUR 10.000,- und davon	
	- im 1. und 2. Versicherungsjahr zusammen auf insgesamt	EUR 1.250,-	
	- im 3. Versicherungsjahr auf insgesamt	EUR 2.500,-	abzüglich der in den Vorjahren ersetzten Aufwendungen
	- im 4. Versicherungsjahr auf insgesamt	EUR 5.000,-	abzüglich der in den Vorjahren ersetzten Aufwendungen
	- im 5. Versicherungsjahr auf insgesamt	EUR 7.500,-	abzüglich der in den Vorjahren ersetzten Aufwendungen
	- im 6. Versicherungsjahr auf insgesamt	EUR 10.000,-	abzüglich der in den Vorjahren ersetzten Aufwendungen
	Die Begrenzung gilt nicht für einen durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat und durch eine ärztliche Bescheinigung nachgewiesen wird.		
2.1	**Zahnbehandlung** Als Zahnbehandlung gilt auch die Behandlung einer Mund- und Kiefererkrankung.	100%	100%
2.2	**Inlays** Zahnbehandlung mit Versorgung durch Inlays.	100%	100%
2.3	**Zahnersatz** Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen, Zahnkronen jeder Art, Zahnbrücken und Stiftzähne, Reparatur von Zahnersatz, Aufbissbehelfe und Schienen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische sowie implantologische Leistungen.	80%	100%
2.4	**Kieferorthopädische Behandlung** Bei erfolgreichem Abschluss der Behandlung werden weitere ersetzt, wenn der Behandlungsplan vor Beginn der Behandlung vorgelegt wurde und der erfolgreiche Abschluss der Behandlung durch eine Bescheinigung des Behandlers nachgewiesen wird.	80% 20%	100% -
2.5	**Vorsorgeuntersuchungen** Vorsorgeuntersuchungen sind Untersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen.	100%	100%

Nr.	Versicherte Aufwendungen	VR 100, VR 100/325, VR 100/390, VR 100/650	VR 100/1650, VR 100/3300
2.6	**Arzneimittel** Ersetzt werden Aufwendungen für Arzneimittel, die der Behandlung nach den in § 4 genannten Methoden dienen. Als Arzneimittel gelten auch die besonderen Arzneizubereitungen Homöopathische Hochpotenzen, Spagyrik und Nosoden. Arzneimittel müssen von einem Zahnarzt oder Kieferorthopäden verordnet und aus der Apotheke bezogen werden.	100%	100%
2.7	**Fahrten und Transporte** In Notfällen und bei Gehunfähigkeit zum und vom nächsterreichbaren geeigneten Behandler.	100%	100%

3.	**Ambulante psychotherapeutische Behandlung** Psychiatrische Behandlung siehe Nr. 1.1 Der versicherten Person steht in Deutschland die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten, den approbierten psychologischen Psychotherapeuten, den approbierten Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten und den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei. Im Ausland können die im jeweiligen Land zugelassenen Heilbehandler in Anspruch genommen werden. Die Aufwendungen werden ersetzt, wenn sie gemäß der jeweils gültigen Gebührenordnung, bei Heilpraktikern gemäß dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH - Stand 1985), berechnet sind. Der Ersatz der Aufwendungen für ärztliche Behandlung und Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten ist nicht auf die in der Gebührenordnung aufgeführten Höchstsätze begrenzt. Der Ersatz der Aufwendungen für Heilpraktiker ist auf die im GebüH - Stand 1985 - aufgeführten Höchstbeträge begrenzt.		
3.1	**Psychotherapie** Als Psychotherapie gelten die psychotherapeutische Heilbehandlung (tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie), die psychosomatische Grundversorgung (verbale Intervention, autogenes Training, Jakobsonsche Relaxationstherapie, Hypnose) und die vom wissenschaftlichen Beirat (§ 11 Psychotherapeutengesetz) zusätzlich empfohlenen Therapieverfahren. Die Aufwendungen für Behandlungen allein zu schulischer, beruflicher oder sozialer Anpassung oder Förderung, wie z.B. Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatung, werden nicht ersetzt.	80%	100%

Nr.	Versicherte Aufwendungen	VR 100, VR 100/325, VR 100/390, VR 100/650	VR 100/1650, VR 100/3300
4.	**Stationäre Behandlung** Der versicherten Person steht in Deutschland und im Ausland die Wahl frei unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Krankenanstalten, die die Voraussetzungen des Abs. 1 erfüllen, zusätzlich aber auch Kurbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, können in Anspruch genommen werden, wenn der Versicherer dem vor der Behandlung schriftlich zugestimmt hat (Leistungszusage). Der Versicherer kann sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt werden, die eine stationäre Behandlung erfordern; b) es sich um eine Notfalleinweisung handelt; c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert; d) sich innerhalb von drei Monaten nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt verordnete weitere Heilbehandlung in einer anderen Krankenanstalt anschließt und diese Heilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern (Anschlussheilbehandlung); e) bei TBC-Erkrankungen eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung in einer TBC-Heilstätte erfolgt.		
4.1	**Allgemeine Krankenhausleistungen** Ersetzt werden die Aufwendungen für die Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse des Krankenhauses. Dies sind insbesondere Krankenhauskosten (Unterbringung, Pflege und Verpflegung), Krankenhausnebenkosten, Behandlerkosten sowie die Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspflegers.	100%	100%
4.2	**Begleitperson bei Kindern** Wird neben einem versicherten Kind, das das 8. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, werden auch die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson ersetzt.	100%	100%
4.3	**Krankentransport** Zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.	100%	100%

5.	**Kurbehandlung** Als Kurbehandlung gelten durch einen Arzt oder Heilpraktiker verordnete, unter Leitung eines Arztes oder Heilpraktikers stehende und nach einem Kurplan durchgeführte ambulante und stationäre Kuren. Der versicherten Person steht in Deutschland und im Ausland die Wahl unter den approbierten Ärzten, den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes sowie den Kurkliniken frei. Aufwendungen für ambulante und stationäre Kuren werden für höchstens 28 Tage ersetzt. Sind Leistungen für eine Kur in Anspruch genommen worden, werden Aufwendungen für eine weitere Kur frühestens nach Ablauf von drei Jahren nach dem Ende der früheren Kur ersetzt. Vor Ablauf von drei Jahren werden Aufwendungen für eine Kur ersetzt bei einer chronischen Erkrankung oder nach einem Krankenhausaufenthalt von wenigstens 21 Tagen, sofern die Kurbehandlung innerhalb von drei Monaten nach Abschluss der Krankenhausbehandlung beginnt.		

Nr.	Versicherte Aufwendungen	VR 100, VR 100/325, VR 100/390, VR 100/650	VR 100/1650, VR 100/3300
5.1	**Ambulante Kurbehandlung** Ersetzt werden die Aufwendungen für die ärztliche Behandlung, die Behandlung durch einen Heilpraktiker sowie für die Arznei- und Heilmittel gemäß Nr. 1.5 und 1.6.	100%	100%
5.2	**Stationäre Kurbehandlung** Ersetzt werden die Aufwendungen für die ärztliche Behandlung, die Behandlungen durch einen Heilpraktiker sowie für die Arznei- und Heilmittel gemäß Nr. 1.5 und 1.6.	100%	100%
5.3	**Unterkunft, Verpflegung und Kurtaxe** Ersetzt werden die Aufwendungen bis zu täglich insgesamt	EUR 15,-	EUR 15,-

6.	**Besondere Leistungen im Ausland**		
6.1	**Krankenrücktransport aus dem Ausland** Ersetzt werden die Aufwendungen für einen aus medizinischen Gründen erforderlichen Rücktransport nach Deutschland, soweit sie Reisemehrkosten darstellen. Ein Rücktransport ist aus medizinischen Gründen erforderlich, wenn vor Ort eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu befürchten ist, oder wenn nach Art und Schwere der Erkrankung oder Unfallfolgen eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung einen Zeitraum von zwei Wochen übersteigen würde.	100%	100%
6.2	**Blutkonserventransport in das Ausland** Ersetzt werden die Aufwendungen für einen Blutkonserventransport, wenn bei einer Operation im Ausland Blutkonserven notwendig sind und bei Verwendung der dort vorhandenen Blutkonserven mit HIV-Infektionen gerechnet werden muss.	100%	100%
6.3	**Tod im Ausland** Stirbt die versicherte Person im Ausland, werden die Aufwendungen zu ersetzt, begrenzt auf - bei einer Überführung nach Deutschland aus dem europäischen Ausland - bei einer Überführung nach Deutschland aus dem außereuropäischen Ausland Bei einer Bestattung im Ausland werden die Aufwendungen bis zu dem Betrag ersetzt, der für eine Überführung nach Deutschland ersetzt worden wäre.	100% EUR 5.200,- EUR 10.400,-	100% EUR 5.200,- EUR 10.400,-

§ 7 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht für
   a) solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eingetreten sind oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind; diese Leistungseinschränkung gilt jedoch nicht, wenn die Krankheit, der Unfall oder der Todesfall im Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die versicherte Person während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
   b) solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die die versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat;
   c) Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
   d) Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und andere Behandler sowie in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall bereits eingetreten ist, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
   e) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;

f) Behandlungen durch liquidationsberechtigte Ehegatten, Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG), Eltern oder Kinder. Sachaufwendungen werden wie vereinbart ersetzt;

g) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

3. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

4. Besteht Anspruch auf Leistungen eines Sozialversicherungsträgers, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, ersetzt der Versicherer nur die durch diese gesetzlichen Leistungen nicht abgegoltenen Aufwendungen.

§ 8 Selbstbehalte

1. Die versicherten Aufwendungen werden um den Selbstbehalt gemäß Nr. 3 und Nr. 4 gekürzt. Der Selbstbehalt bezieht sich auf den Gesamtbetrag der aus Versicherungsfällen eines Kalenderjahres für die versicherte Person entstandenen versicherten Aufwendungen.

2. Beginnt das Versicherungsverhältnis nicht am 1. Januar eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt für dieses Jahr um jeweils 1/12 für jeden Monat vor dem Beginn des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis während eines Kalenderjahres, ermäßigt sich der Selbstbehalt nicht.

3. Selbstbehalt bei Aufwendungen für ambulante Behandlung gemäß § 6 Nr. 1.1 bis 1.9 und Nr. 1.11

	Mann	Frau	Kind (bis zum 31.12. des Jahres, in dem das 15. Lebensjahr vollendet wird)
VR 100	ohne Selbstbehalt	ohne Selbstbehalt	ohne Selbstbehalt
VR 100/325	EUR 325,-	EUR 325,-	EUR 325,-
VR 100/390	ab dem 01.01. des Jahres, das auf die Vollendung des 35. Lebensjahres der versicherten Person folgt: EUR 390,-	ab dem 01.01. des Jahres, das auf die Vollendung des 35. Lebensjahres der versicherten Person folgt: EUR 390,-	----------
VR 100/650	EUR 650,-	EUR 650,-	EUR 650,-

Der Selbstbehalt erstreckt sich nicht auf versicherte Aufwendungen für eine ambulante Operation, die an Stelle einer stationären Operation durchgeführt wird.

4. Selbstbehalt bei allen Aufwendungen

	Bis zum 31.12. des Jahres, in dem die versicherte Person das 15. Lebensjahr vollendet	Bis zum 31.12. des Jahres, in dem die versicherte Person das 65. Lebensjahr vollendet		Ab dem 01.01. des Jahres, das auf die Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person folgt	
		Mann	Frau	Mann	Frau
VR 100/1650	EUR 825,-	EUR 1.650,-	EUR 1.650,-	EUR 825,-	EUR 825,-
VR 100/3300	EUR 1.650,-	EUR 3.300,-	EUR 3.300,-	EUR 1.650,-	EUR 1.650,-

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass der Versicherer Anträge auf Wechsel einer versicherten Person in einen Tarif mit einem niedrigeren Selbstbehalt oder in einen Tarif ohne Selbstbehalt ohne erneute Risikoprüfung zum 1. Januar des Jahres annimmt, das

a) dem erstmaligen Bezug von Altersrente aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder aus einem berufsständischen Versorgungswerk folgt oder

b) der Vollendung des 65. Lebensjahres folgt oder

c) dem Eintritt der Berufsunfähigkeit folgt. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Dauer mehr als 50% erwerbsunfähig ist.

Der Antrag ist innerhalb von zwei Monaten nach dem maßgeblichen Ereignis zu stellen. Der Zeitpunkt gemäß a) oder c) ist dem Versicherer nachzuweisen.

§ 9 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Für die Auszahlung der Versicherungsleistungen gilt § 13 Mannheimer AB-Kranken 2009.

2. Als Nachweise sind die Rechnungen und sonstigen Belege im Original vorzulegen. Besteht noch eine anderweitige Versicherung, genügen Duplikate, auf denen die Leistungen des anderen Versicherungsträgers bestätigt sind.

3. Rechnungen über Behandlungen müssen enthalten

- den Namen der behandelten Person,
- die Bezeichnung der Krankheit,
- bei stationärer Behandlung den Aufnahme- und Entlassungstag sowie die Pflegeklasse und die Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus,
- die Leistungen des Behandlers mit den Ziffern der Gebührenordnung und dem jeweiligen Behandlungsdatum.

4. Zu Rechnungen über Arznei-, Verband- und Heilmittel sind auch die Verordnungen und Rechnungen des verordnenden Behandlers vorzulegen.
5. Wird Ersatz von Aufwendungen wegen Todes geltend gemacht, sind zusätzlich zu den Rechnungen eine amtliche Sterbeurkunde und ein ärztliches Attest über die Todesursache vorzulegen.

§ 10 Mannheimer Bedingungen 2009 für die Krankheitskostenversicherung nach Tarif VR und Allgemeine Bedingungen 2009 für die Krankenversicherung der Mannheimer Krankenversicherung AG

Die Mannheimer Bedingungen 2009 für die Krankheitskostenversicherung nach Tarif VR (Mannheimer VB 2009 Krankheitskosten VR) werden ergänzt durch die Allgemeinen Bedingungen 2009 für die Krankenversicherung der Mannheimer Krankenversicherung AG (Mannheimer AB-Kranken 2009) und gelten nur in Verbindung mit ihnen.

Continentale Krankenversicherung a.G.