DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

PremiumMed Tarife PMN / 0-2

KRANKHEITSKOSTENVOLLVERSICHERUNG

Sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese AVB sind Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus diesen AVB, dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften. Es gilt deutsches Recht.

Unser Leistungsversprechen für Sie kurz im Überblick. Der genaue Umfang unserer Versicherungsleistungen einschließlich der Einschränkungen ist auf den nachfolgenden Seiten geregelt.

Ambulante Leistungen

100% für ambulante Behandlung und Untersuchung sowie, unter bestimmten Voraussetzungen, Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen und Kinderwunschbehandlung.

100% für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, ohne Altersgrenzen und Intervalle.

100% für weitere Vorsorgemaßnahmen, z.B. Glaukomvorsorge und Präventionskurse, bis zu **500 Euro** je Kalenderjahr.

100% für Naturheilverfahren durch Ärzte gemäß Hufelandverzeichnis einschließlich Arzneimittel, bis zu **1.500 Euro** je Kalenderjahr.

100% für Leistungen des Heilpraktikers im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH).

100% für Schutzimpfungen.

100% für Arznei- und Verbandmittel.

100% für Heilmittel, z.B. Massagen, Bäder, logopädische, ergotherapeutische und osteopathische Leistungen.

100% für Hilfsmittel; bestimmte Hilfsmittel, die ohne unseren Hilfsmittelservice bezogen werden, **zu 90%**.

100% für Sehhilfen, bis zu **1.500 Euro innerhalb von 24 Monaten**.

100% für refraktive Augenchirurgie, bis zu **1.500 Euro** je Auge.

100% für digitale Gesundheitsanwendungen, die im DiGA-Verzeichnis enthalten sind. Weitere DiGA, die die tariflichen Voraussetzungen erfüllen, bis zu **500 Euro** je Kalenderjahr.

100% für den Transport z.B. im Notfall zum Arzt bzw. Krankenhaus.

100% für häusliche Krankenpflege, Kurzzeitpflege und ambulante spezialisierte Palliativversorgung, maximal die Beträge, die für GKV-Versicherte vereinbart sind.

100% für Haushaltshilfe in bestimmten Fällen, bis zu **15 Euro/Std**. bzw. **90 Euro/Tag**.

90% für Psychotherapie.

Zahnleistungen

100% für Zahnbehandlung einschließlich Einlagefüllungen (z.B. Inlays).

100% für Individual-Prophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung.

100% für Kieferorthopädie bei Behandlungsbeginn bis zum 18. Lebensjahr, darüber hinaus bei Unfall.

90% für Zahnkronen und Zahnersatz, z.B. Brücken, Zahnprothesen, Implantate, Material- und Laborkosten in Höhe der in Deutschland ortsüblichen Preise, **bei Unfall 100%.**

Stationäre Leistungen

100% für allgemeine Krankenhausleistungen.

100% für die privatärztliche Versorgung, einschließlich Belegarzt.

100% für das Ein- und Zweibettzimmer.

100% für den Transport zum und vom Krankenhaus.

Bis zu **100 Euro** Ersatz-Tagegeld, wenn die privatärztliche Behandlung und/oder das Ein-/Zweibettzimmer nicht in Anspruch genommen werden.

Zusätzliche Leistungen

1.500 Euro Pauschale bei Entbindung sowie bis zu **3.600 Euro** Pauschale bei Geburt eines Kindes und Bezug von Elterngeld.

Beitragsbefreiung ab dem 92. Tag eines Krankenhausaufenthaltes.

30 Euro Kurtagegeld für maximal **28 Tage**.

100% für die Mehrkosten eines Rücktransports aus dem Ausland.

100% für die Überführung aus dem Ausland.

100% für die Beisetzung im Ausland, maximal bis zur Höhe der Überführungskosten.

Unsere Serviceleistungen (vgl. Druckstück B 592):

- Beratung und Informationen durch die Experten unseres **Gesundheitstelefons,**
- **Best Care**-Leistungen u.a. mit Zugang zu renommierten Ärzten,

sowie

- **24-Stunden-Notruf-Service** bei Auslandsreisen.

Für folgende Leistungen benötigen Sie unsere **vorherige Zusage** in Textform:

- Kryokonservierung für eine spätere Kinderwunschbehandlung.
- Stationäre Psychotherapie in Privatkliniken.
- Stationäre Behandlung in einem Krankenhaus, das auch Kuren und Sanatoriumsbehandlung durchführt, sofern tariflich nicht anders geregelt.

Wir empfehlen Ihnen die vorherige Klärung Ihres Leistungsanspruchs bei

- Kinderwunschbehandlung,
- ambulanter und stationärer Psychotherapie,
- Bezug von Hilfsmitteln, für die die Einschaltung unseres Hilfsmittelservice vorgesehen ist,
- Anschlussheilbehandlungen und Entwöhnungsmaßnahmen,
- Zahnersatz und Zahnkronen,
- einem über sechs Monate dauernden Auslandsaufenthalt außerhalb der EU / des EWR.

Selbstbehalt (für ambulante, zahnärztliche, stationäre Heilbehandlung und Kurtagegeld) pro Kalenderjahr für

	Erwachsene	/	Kinder/Jugendliche:	
PMN / 0	0	/	0	Euro
PMN / 1	300	/	100	Euro
PMN / 2	1.500	/	500	Euro

Bestimmte Versicherungsleistungen, wie z.B. Vorsorgeuntersuchungen, fallen nicht unter den Selbstbehalt.

Garantierte Beitragsrückerstattung, wenn in einem Kalenderjahr keine Leistung im ambulanten, zahnärztlichen, stationären Bereich sowie kein Kurtagegeld bezogen worden ist.

	Erwachsene	/	Kinder/Jugendliche:	
PMN / 0	1.500	/	500	Euro
PMN / 1	1.200	/	400	Euro
PMN / 2	0	/	0	Euro

Bestimmte Versicherungsleistungen, wie z.B. Vorsorgeuntersuchungen, werden für eine etwaige Beitragsrückerstattung nicht berücksichtigt.

Inhaltsverzeichnis

Teil 1 Unsere Leistungen

1. Was ist versichert? 3
2. Was sind unsere Versicherungsleistungen bei ambulanter Heilbehandlung? 4
3. Was sind unsere Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung? 9
4. Was sind unsere Versicherungsleistungen bei stationärer Heilbehandlung und Hospizversorgung? 10
5. Was sind unsere Versicherungsleistungen bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen? 13
6. Was sind unsere Versicherungsleistungen nach Geburt eines Kindes und Bezug von Elterngeld? 13
7. Was sind unsere ergänzenden Versicherungsleistungen und Services bei Auslandsreisen? 14
8. Welche Serviceleistungen bieten wir Ihnen? 15
9. Gibt es einen Selbstbehalt? 15
10. Haben Sie Anspruch auf eine garantierte Beitragsrückerstattung, wenn Sie keine Versicherungsleistungen beanspruchen? 15
11. Haben Sie Anspruch auf eine Überschussbeteiligung? 16
12. Welche Untersuchungs-/Behandlungsmethoden und Arzneimittel stehen unter Versicherungsschutz? 17
13. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein? 17
14. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz? 17
15. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland? 18
16. Welche Voraussetzungen müssen Rechnungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Leistungen? 18
17. Erhalten Sie für eine beabsichtigte Heilbehandlung Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes? 19
18. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen? 19
19. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen? 19

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten? 19
2. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben? 19
3. Wie berechnen wir die Beiträge? 19
4. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben? 20
5. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern? 20
6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern? 20
7. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln? 21
8. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es? 21
9. An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden? 22
10. Welche Gerichte sind zuständig? 23

Teil 1 Unsere Leistungen

1. Was ist versichert?

1.1 Wir bieten Versicherungsschutz bei Krankheiten und Unfällen. Darüber hinaus besteht Versicherungsschutz bei

- Vorsorgeuntersuchungen, Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen und Zahnprophylaxe,
- Schutzimpfungen,
- Schwangerschaft und Entbindung,
- Kinderwunschbehandlung,
- durch Krankheit erforderlicher Sterilisation,
- einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch durch einen Arzt,
- digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA),
- Rücktransport aus dem Ausland, Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven,
- Versorgung in einem stationären Hospiz,
- Tod.

1.2 Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für Heilbehandlung und andere vereinbarte Leistungen. Darüber hinaus erbringen wir Serviceleistungen.

Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Als Versicherungsfall gelten auch die in Nr. 1.1 genannten Ereignisse.

Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn aus medizinischen Gründen keine Behandlung mehr erforderlich ist. Muss die Heilbehandlung auf eine andere Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, so entsteht ein neuer Versicherungsfall. Voraussetzung ist, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt.

2. Was sind unsere Versicherungsleistungen bei ambulanter Heilbehandlung?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

2.1 **Ärztliche Leistungen** **zu 100%,**

mit folgenden Besonderheiten:

- **Vorsorgeuntersuchungen**

  nach gesetzlich eingeführten Programmen[1], insbesondere
  - zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei Erwachsenen,
  - zur Früherkennung von Herz- und Kreislauferkrankungen, Nierenerkrankungen und Zuckerkrankheit,
  - zur Sicherung der normalen körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes.

  Die bei den gesetzlich eingeführten Programmen für Erwachsene vorgesehenen Altersgrenzen und Intervalle müssen nicht eingehalten werden.

- **Weitere gezielte Vorsorgeuntersuchungen sowie Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsmaßnamen (auch digitale Anwendungen),**

  wie z.B. Glaukomvorsorge, sportmedizinischer Check-up und Präventionskurse (z.B. Schwangerschafts- oder Wirbelsäulengymnastik), soweit sie von der zuständigen zentralen Prüfstelle Prävention (ZPP) zertifiziert sind,

  je Kalenderjahr insgesamt bis zu **500 Euro.**

  Maßgeblich für die zeitliche Zuordnung der Höchstbeträge sind:
  - Bei ambulanten Vorsorgeuntersuchungen die Behandlungstage.
  - Bei Präventionskursen der Tag, an dem die versicherte Person erstmalig an dem Kurs teilnimmt.

- **Schutzimpfungen**,

  die von der
  - Ständigen Impfkommission des zuständigen Bundesinstitutes bzw.
  - Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit

  empfohlen werden. Die Aufwendungen für die hierbei verwendeten Impfstoffe erstatten wir ebenfalls.

  Diese Regelung gilt auch für Reiseimpfungen einschließlich Malaria-Prophylaxe und berufsbedingte Impfungen.

Wir zahlen die erstattungsfähigen Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen, Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsmaßnahmen und Schutzimpfungen ohne Abzug eines vereinbarten Selbstbehaltes. Diese Leistungen haben zudem keine Auswirkung auf eine etwaige Beitragsrückerstattung.

- **Refraktive Augenchirurgie (Operationen am Auge zur Behebung einer Fehlsichtigkeit)**

  Die Aufwendungen ersetzen wir bis zu **1.500 Euro je Auge.**

- **Kinderwunschbehandlung (Inseminationen und künstliche Befruchtung) und Konservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe (Kryokonservierung)**

  Für den Leistungsanspruch bei einer Kinderwunschbehandlung müssen die folgenden Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sein:
  - Bei der versicherten Person muss eine organisch bedingte Sterilität vorliegen, die allein mit Inseminationen / künstlicher Befruchtung überwunden werden kann. Ist diese Voraussetzung erfüllt, leisten wir auch für die Behandlung des nicht bei uns versicherten Partners, soweit dieser gegenüber einem anderen Kostenträger keinen Leistungsanspruch hat.
  - Bei Behandlungsbeginn haben die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet.
  - Die Behandlung erfolgt bei verheirateten bzw. in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren.
  - Für die gewählte Behandlungsmethode besteht eine Erfolgsaussicht von mindestens 15%.

  Wir leisten
  - bei der Insemination bis zu sechsmal sowie entweder
  - bei der In-vitro-Fertilisation/IVF bis zu dreimal oder
  - bei der intracytoplasmatischen Spermieninjektion/ICSI bis zu dreimal.

  Wir empfehlen Ihnen, uns vor Beginn der Kinderwunschbehandlung die Ergebnisse der durchgeführten Diagnostik bei beiden Partnern und den Behandlungsplan vorzulegen. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die zu erwartende Erstattungsleistung.

[1] Eine Übersicht zu den Vorsorgeuntersuchungen erhalten Sie kostenlos nach Anforderung.

Nach einer Geburt besteht erneut Anspruch auf Leistungen für Kinderwunschbehandlung, sofern die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Wir leisten auch für Aufwendungen einer Kryokonservierung von Ei- oder Samenzellen oder von Keimzellgewebe sowie der dazugehörigen ärztlichen Leistungen für eine spätere Kinderwunschbehandlung.

Voraussetzungen sind, dass

- die Kryokonservierung wegen einer Erkrankung und deren Behandlung mit einer keimzellschädigenden Therapie medizinisch notwendig erscheint und
- wir Ihnen vor Beginn der Behandlung eine Zusage in Textform gegeben haben.

- **Pränatal-Diagnostik während der Schwangerschaft**

  Dazu zählen z.B. kardiale Echographie, Nackentransparenztest sowie Triple-/Quadruple-Test.

  Wir ersetzen nicht: Prädiktive Gentests zur Feststellung einer erst später auftretenden Erkrankung oder gesundheitlichen Störung bei Nachkommen, ohne dass Symptome einer Krankheit vorliegen.

- **Methoden der Alternativmedizin einschließlich hierzu verordneter Arzneimittel,**

  die über die in Teil 1 Nr. 12 beschriebenen Methoden und Arzneimittel hinausgehen. Die Aufwendungen hierfür ersetzen wir

  bis zu **1.500 Euro** je Kalenderjahr.

  Voraussetzung ist, dass die Behandlungen im jeweils gültigen Hufelandverzeichnis aufgeführt sind[2].

- **Psychotherapie** **zu 90%.**

  Als Psychotherapie gilt die psychotherapeutische Heilbehandlung nach der jeweils aktuellen Richtlinien-Psychotherapie. Diese beinhaltet die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die analytische Psychotherapie, die Verhaltenstherapie und die systemische Therapie.

  Wir empfehlen Ihnen, spätestens während der ersten fünf probatorischen Sitzungen mit uns Kontakt aufzunehmen. Wir beantworten Ihre Fragen z.B. zu den Therapiemethoden oder zu den Therapeuten.

  Unser Expertenteam gibt Ihnen Auskunft. Sie erreichen uns unter der gebührenfreien Rufnummer **0800/3746 444**.

Welche Ärzte und Psychotherapeuten kann die versicherte Person wählen?

Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen Ärzten frei wählen, auch im Rahmen einer telemedizinischen Behandlung. Zudem können ärztliche Leistungen von Notärzten, notärztlichen Diensten und Ärzte in Ambulanzen der Krankenhäuser in Anspruch genommen werden.

Bei **ambulanter Psychotherapie** muss ein Arzt mit einer der folgenden Facharzt- oder Zusatzbezeichnungen die Behandlung vornehmen:

- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
- Facharzt für Psychotherapeutische Medizin,
- Psychosomatiker und Psychotherapeut,
- Psychiater und Psychotherapeut,
- Psychotherapie oder Psychoanalyse,
- Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Die ambulante Psychotherapie können auch andere für diese Behandlung zugelassene und staatlich anerkannte Therapeuten durchführen. Diese müssen niedergelassen und im Arztregister eingetragen sein. Dies können z.B. ein Psychologischer Psychotherapeut bzw. bei Kindern und Jugendlichen ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut sein. Diese Therapeuten können die Behandlung auch im Rahmen einer telemedizinischen Behandlung durchführen.

Die versicherte Person kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind. Dies sind z.B. zugelassene medizinische Versorgungszentren.

Nach welchen Gebührenvorschriften sind die Aufwendungen für Leistungen von Ärzten und Psychotherapeuten erstattungsfähig?

Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. der Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnungen liegende Aufwendungen, wenn und soweit eine rechtsgültige Honorarvereinbarung nach GOÄ getroffen wurde.

2.2 Ambulante Krankenbehandlung in Sozialpädiatrischen Zentren

zu 100%,

wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt.

2.3 Ambulante Soziotherapie

zu 100%,

wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt. Die Behandlung kann dann auch von einer Fachkraft für Soziotherapie (wie Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie) durchgeführt werden.

2.4 Leisten wir auch bei ambulanten Anschlussheilbehandlungen (AHB)?

Ja, und zwar **zu 100%**, wenn die folgenden Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sind:

[2] Auf Wunsch senden wir Ihnen eine Übersicht mit den alternativen Therapiemethoden zu.

- Es muss sich um eine medizinisch notwendige Weiterbehandlung (AHB) nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus handeln (z.B. Implantation einer Hüftendoprothese oder Bandscheibenoperation).
- Die Behandlung muss innerhalb von 28 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht möglich ist (z.B. nach Krebs-Operation und anschließender Strahlentherapie), gilt auch die später beginnende Maßnahme als AHB.
- Die Weiterbehandlung erfolgt in einer dafür geeigneten Einrichtung.
- Die versicherte Person hat dem Grunde nach keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung von z.B. einem gesetzlichen Rehabilitationsträger (z.B. Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft). Dies hat der Rehabilitationsträger mit seinem Bescheid – aufgrund des Antrages der versicherten Person – vor der Weiterbehandlung dem Versicherten mitgeteilt.

Wir empfehlen Ihnen, uns rechtzeitig vor der Weiterbehandlung einzuschalten. Wir übernehmen dann gerne für Sie die Prüfung Ihrer Ansprüche bei einem etwaigen Rehabilitationsträger.

Erstatten wir die Aufwendungen für eine ambulante AHB, dann sind auch die Aufwendungen für den Transport (z.B. Bahn, Taxi, privates Kraftfahrzeug) zur ambulanten AHB und zurück erstattungsfähig. Voraussetzung ist, dass die täglichen Fahrten zur ambulanten AHB nicht von der ambulanten Rehabilitationseinrichtung organisiert und die Kosten nicht bereits im Tagessatz der Rehabilitationseinrichtung enthalten sind.

Wir ersetzen im Versicherungsfall die Aufwendungen für den Transport insgesamt bis zu 130 Euro. Die Transportkosten sind mit geeigneten Belegen (z.B. Taxiquittung) nachzuweisen. Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges sind 0,22 Euro pro Km erstattungsfähig.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen für

- Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger,
- sonstige Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (siehe aber Teil 1 Nr. 5).

2.5 Leisten wir auch bei ambulanten Entwöhnungsmaßnahmen, z.B. auch bei Internet- oder Spielsucht?

Ja, und zwar **zu 100%**, wenn die versicherte Person dem Grunde nach keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung von z.B. einem gesetzlichen Rehabilitationsträger (z.B. Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft) hat. Wir empfehlen Ihnen, uns rechtzeitig vor der Weiterbehandlung einzuschalten. Wir übernehmen dann gerne für Sie die Prüfung Ihrer Ansprüche bei einem etwaigen Rehabilitationsträger.

Die Anzahl der erstattungsfähigen ambulanten und stationären Entwöhnungsmaßnahmen ist auf insgesamt drei Maßnahmen während der gesamten Vertragslaufzeit begrenzt. Vorangegangene Entwöhnungsmaßnahmen rechnen wir an.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen für weitere Entwöhnungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

2.6 Leistungen des Heilpraktikers

zu 100%.

Voraussetzung ist, dass die Behandlungen im gültigen GebüH aufgeführt sind. Das Honorar für die jeweilige Leistung ersetzen wir maximal im Rahmen der Beträge des GebüH.

Welche Heilpraktiker kann die versicherte Person wählen?

Die versicherte Person kann unter den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei wählen.

Unsere Leistung ist nicht auf die in Teil 1 Nr. 12 beschriebenen Methoden und Arzneimittel beschränkt.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen für vom Heilpraktiker durchgeführte Psychotherapie. Bei Psychotherapie durch Ärzte leisten wir gemäß den Ausführungen nach Teil 1 Nr. 2.1.

2.7 Arznei- und Verbandmittel (ausgenommen ärztliche Verordnungen im Rahmen der Alternativmedizin nach Teil 1 Nr. 2.1) sowie Harn- und Bluttestreifen

zu 100%.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt bzw. Zahnarzt oder Heilpraktiker.

Die versicherte Person muss die Arzneimittel aus der Apotheke (auch Versand- oder Internetapotheke) beziehen. Der Bezug kann auch über eine andere behördlich zugelassene Abgabestelle erfolgen.

Aufwendungen für ärztlich verordnete parenterale Ernährung sowie enterale Ernährung, z.B. mittels Sonde oder Pumpe, ersetzen wir, sofern wegen einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich ist.

Wir ersetzen nicht – auch nicht bei einer vorliegenden Verordnung – Aufwendungen für:

- Mittel, die ausschließlich zum Zweck der Empfängnisverhütung verordnet werden (z.B. Ovulationshemmer),
- Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion sowie Präparate zur Steigerung der sexuellen Potenz,
- Mittel zur Abmagerung, Appetitzügelung und Regulierung des Körpergewichts,
- Präparate zur Verbesserung des Haarwuchses,
- Präparate zur Raucherentwöhnung,
- Präparate, die bei Anti-Aging-Behandlung, Lifestyle-Behandlung bzw. kosmetischer Behandlung (z.B. Faltenglättung) eingesetzt werden,
- Vitaminpräparate außer Vitaminmonopräparaten zur gezielten Behandlung von Vitaminmangelerkrankungen,
- Stärkungsmittel,
- kosmetische Mittel, Pflege- und Desinfektionsmittel, Badezusätze,
- Mineralwässer sowie Nährmittel außer bei parenteraler Ernährung und enteraler Ernährung (siehe oben).

2.8 **Heilmittel** **zu 100%.**

Heilmittel sind z.B. Krankengymnastik, Massagen, logopädische, podologische, ergotherapeutische und osteopathische Leistungen.

Als Heilmittel gelten auch ernährungstherapeutische Maßnahmen bei seltenen angeborenen Stoffwechselerkrankungen, soweit wir vor Beginn der Behandlung eine Zusage in Textform gegeben haben. Eine solche Zusage ist nicht erforderlich bei der Erkrankung Mukoviszidose/zystische Fibrose.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt, Zahnarzt bzw. Heilpraktiker. Die Leistungen müssen von Angehörigen staatlich anerkannter therapeutischer Berufe (z.B. Physiotherapeut, Ergotherapeut) erbracht werden. Diese müssen in einer Praxis tätig sein.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen für sonstige Leistungen, wie z.B. Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder.

2.9 **Hilfsmittel** (außer Sehhilfen nach Teil 1 Nr. 2.10)

bis zu 100%.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt, Zahnarzt bzw. Heilpraktiker.

Folgende Hilfsmittel können Sie nach Verordnung direkt beziehen:

- Bandagen, Blindenstock, Bruchbänder, Einlagen zur Fußkorrektur, Gehstützen,
- Inhalationsgeräte,
- Kompressionsstrümpfe, Korrekturschienen,
- orthopädische Maßschuhe,
- orthopädische Zurichtungen an Konfektionsschuhen,
- Sensoren und Transmitter für Blutzuckermessgeräte,
- Sprechgeräte (elektronischer Kehlkopf).

Die Aufwendungen für diese Hilfsmittel ersetzen wir **zu 100%.**

Aufwendungen für weitere Hilfsmittel, z.B. Atemtherapiegeräte, Krankenfahrstühle, Hörgeräte, Blutzuckermessgeräte

ersetzen wir ebenfalls **zu 100%,**

wenn Sie die Hilfsmittel über unseren Hilfsmittelservice beziehen. Sie erreichen unseren Service telefonisch unter **0800/3746 444** (gebührenfreie Rufnummer).

Kann unser Hilfsmittelservice die Hilfsmittel nicht beschaffen, ersetzen wir die Aufwendungen ebenfalls **zu 100%**. Dies gilt auch, wenn Sie die Hilfsmittel im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung beziehen. Der Bezug muss innerhalb von zwei Tagen nach dem Unfall oder Notfall erfolgen.

Wir ersetzen die Aufwendungen für die Reparatur und Wartung von Hilfsmitteln **zu 100%.** Dies gilt auch für die erforderliche Unterweisung zum Gebrauch von Hilfsmitteln.

Wir ersetzen die Aufwendungen für die weiteren Hilfsmittel

zu 90%,

wenn Sie die Hilfsmittel ohne Einschaltung unseres Hilfsmittelservices bezogen haben. In diesem Fall ersetzen wir Aufwendungen für die Reparatur, Wartung und Unterweisung auch **zu 90%**.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen

- für die Reparatur an Sohlen und Absätzen von orthopädischen Maßschuhen,
- für Gebrauch (z.B. Batterien) und Pflege (z.B. Reinigungs- oder Desinfektionsmittel) von Hilfsmitteln,
- für Produkte, die dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind.

2.10 **Sehhilfen** (einschließlich Reparatur)

innerhalb von 24 Monaten insgesamt **bis zu 1.500 Euro.**

Als Sehhilfen gelten Brillengläser und -gestelle sowie Kontaktlinsen, auch Tages- und Monatslinsen.

Wir ermitteln den Erstattungsbetrag ausgehend vom Bezugs- bzw. Reparaturdatum der aktuell eingereichten Rechnung.

2.11 **Digitale Gesundheitsanwendungen** **zu 100%.**

Wir ersetzen Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA). Als solche gelten Medizinprodukte mit niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch die Behandelnden die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

Die DiGA müssen im DiGA-Verzeichnis nach § 139e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgenommen sein. Die Aufwendungen ersetzen wir bis zur Höhe des Betrages, der für einen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

Wir ersetzen auch verbleibende Aufwendungen, die über unsere Leistung nach Satz 4 hinausgehen, sowie Aufwendungen für DiGA, die nicht im DiGA-Verzeichnis aufgeführt sind. Diese Aufwendungen ersetzen wir insgesamt bis zu **500 Euro** je Kalenderjahr.

Die DiGA muss durch einen Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten verordnet worden sein. Die Aufwendungen werden je Verordnung für maximal 12 Monate erstattet. Danach ist eine erneute Verordnung erforderlich.

Wir können Ihnen anstelle des Aufwendungsersatzes die DiGA auch selbst zur Verfügung stellen.

Der Anspruch nach Nr. 2.11 umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software sowie etwaige im Behandlungspaket enthaltene Hardware.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

2.12 **Transport** **zu 100%**

in folgenden Fällen:

- Nach einem Unfall oder im Notfall
  - zum Arzt bzw.
  - zum für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus,
- zu und von der ambulanten Operation, ambulanten Dialysebehandlung, Röntgentiefen- und Chemotherapie,
- zu und von der medizinisch notwendigen ambulanten Behandlung, wenn mindestens eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:
  - Schwerbehinderung mit dem Zusatz „aG“ (außergewöhnlich Gehbehindert), „Bl“ (Blindheit) bzw. „H“ (Hilflos) oder
  - Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3, 4 oder 5.

Für die medizinisch notwendige ärztliche Behandlung während eines Transports besteht Versicherungsschutz.

Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges sind 0,22 Euro pro Km erstattungsfähig.

2.13 **Häusliche Krankenpflege** **zu 100%, maximal die Beträge, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.**

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

Wir ersetzen Aufwendungen für häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn

- dadurch eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird (Krankenhausvermeidungspflege),
- eine ambulante Palliativversorgung erforderlich ist.

Die häusliche Krankenpflege umfasst die im Einzelfall erforderliche Behandlungspflege, Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung.

Ist die häusliche Krankenpflege zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich (Sicherungspflege), gilt: Wir ersetzen die Aufwendungen für Behandlungspflege wie Verband- oder Katheterwechsel durch geeignete Pflegekräfte.

Zudem ersetzen wir in folgenden Fällen Aufwendungen für die erforderliche Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung (Unterstützungspflege):

- Wegen schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit,
- nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt,
- nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung.

Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt.

2.14 **Haushaltshilfe** **zu 100%, maximal 15 Euro pro Stunde und 90 Euro pro Tag.**

Wir ersetzen Aufwendungen für ärztlich verordnete Haushaltshilfe. Dies setzt voraus, dass der versicherten Person die Weiterführung des Haushaltes aus folgenden Gründen nicht möglich ist:

a) Krankenhausbehandlung,
b) Anschlussheilbehandlung,
c) häuslicher Krankenpflege,
d) Schwangerschaft und Entbindung,
e) - schwerer Krankheit oder akuter Verschlimmerung einer Krankheit,
   - nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt,
   - nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung.

Außerdem kann keine andere im Haushalt lebende Person den Haushalt weiterführen.

Der Anspruch nach a) bis c) setzt zudem voraus, dass im Haushalt der versicherten Person ein Kind lebt. Dieses hat bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist behindert und auf Hilfe angewiesen.

Der Anspruch nach e) besteht längstens für die Dauer von vier Wochen. Weitere Voraussetzung ist, dass für die versicherte Person keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vorliegt. Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn im Haushalt ein Kind lebt. Dieses hat bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist behindert und auf Hilfe angewiesen. Zudem verlängert sich in diesen Fällen der Anspruch auf Haushaltshilfe auf längstens 26 Wochen.

Führen Verwandte und Verschwägerte bis zum zweiten Grad die Hilfe durch, gilt: Wir ersetzen die erforderlichen Fahrkosten (0,22 Euro pro Km) und einen etwaigen Verdienstausfall ebenfalls insgesamt bis zu 15 Euro pro Stunde und 90 Euro pro Tag.

2.15 **Kurzzeitpflege** **zu 100%, maximal den nach § 42 Absatz 2 Satz 2 des Elften Buches Sozialgesetzbuch festgelegten Höchstbetrag[3].**

Wir ersetzen bei Kurzzeitpflege nur die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung und medizinische Behandlungspflege.

Für den Leistungsanspruch müssen folgende Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sein:

- Die Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Form der Unterstützungspflege nach Nr. 2.13 reichen bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, nach einem krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten krankheits- oder unfallbedingten Krankenhausbehandlung nicht aus, um ein Verbleiben in der Häuslichkeit zu ermöglichen.
- Die Kurzzeitpflege muss ärztlich verordnet sein.
- Die Kurzzeitpflege muss in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden.
- Es liegt keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 vor.

Ein Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf 8 Wochen je Kalenderjahr begrenzt.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen für die Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten.

2.16 **Spezialisierte ambulante Palliativversorgung**

zu 100%, maximal die Beträge, die für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart sind.

Voraussetzung ist eine Verordnung durch den Arzt.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, die darauf abzielen, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung zu ermöglichen.

Anspruchsberechtigt sind versicherte Personen mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung. Gleichzeitig muss die Lebenserwartung begrenzt sein. Weitere Voraussetzung ist, dass diese Personen eine besonders aufwändige Versorgung benötigen.

Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung kann auch in stationären Pflegeeinrichtungen oder einer vergleichbaren geeigneten Einrichtung erbracht werden.

2.17 **Leistungen der Hebamme / des Entbindungspflegers**

zu 100%,

soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.

Hierunter fallen auch Aufwendungen für Geburtsvorbereitungskurse sowie Schwangerschafts- und Rückbildungsgymnastik von versicherten Frauen. Dies gilt auch dann, wenn die Kurse mit dem Ehe- oder Lebenspartner durchgeführt werden.

2.18 Bei einer **ambulanten Entbindung** der versicherten Person zahlen wir – unabhängig von der Anzahl der geborenen Kinder – neben dem Ersatz von Aufwendungen zusätzlich eine Pauschale von

1.500 Euro.

Wir zahlen die Pauschale ohne Abzug eines vereinbarten Selbstbehaltes. Diese Leistung hat zudem keine Auswirkung auf eine etwaige Beitragsrückerstattung.

3. Was sind unsere Versicherungsleistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung?

3.1 **Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für die im Folgenden aufgeführten zahnärztlichen Leistungen**

zu 100%:

- **Zahnbehandlung - außer Zahnkronen -** wie z.B. Kunststofffüllungen in Dentin-Adhäsivtechnik.
- **Einlagefüllungen (z.B. Inlays)** einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen.
- **Gezielte Vorsorgeuntersuchung zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten.**
- **Individual-Prophylaxe einschließlich professioneller Zahnreinigung (PZR)** nach Abschnitt B der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sowie gegebenenfalls GOZ-Nr. 5170 einschließlich Material- / Laborkosten für die Medikamentenschiene.

Wir zahlen die erstattungsfähigen Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchung, Prophylaxe und PZR ohne Abzug eines vereinbarten Selbstbehaltes. Diese Leistungen haben zudem keine Auswirkung auf eine etwaige Beitragsrückerstattung.

- **Vollnarkose und Sedierung** durch Narkoseärzte bzw. Zahnärzte sowie **Akupunktur und Hypnose** durch Zahnärzte zur Schmerzausschaltung bzw. Schmerztherapie.

[3] Höchstbetrag 1.774 Euro (Stand: 1. Januar 2022)

- **Kieferorthopädische Leistungen** einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen (hier auch die funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen).

  Voraussetzung ist, dass bei Beginn der Behandlung die versicherte Person
  - das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, oder
  - die kieferorthopädische Maßnahme alleine aufgrund eines Unfalles medizinisch notwendig ist.
- **Material- und Laborkosten,** die bei den unter Nr. 3.1 aufgeführten zahnärztlichen Leistungen anfallen, soweit sie im Rahmen der in Deutschland ortsüblichen Preise berechnet sind.
- **Erstellen eines Heil- und Kostenplanes.**

3.2 **Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für die im Folgenden aufgeführten zahnärztlichen Leistungen**

zu 90% bzw. bei unfallbedingten Maßnahmen zu 100%:

- **Zahnkronen** einschließlich Teilkronen, wie z.B. Onlays, Overlays, Veneers.
- **Zahnersatz,** z.B. Brücken und Prothesen einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen und Verblendungen (auch Keramikverblendungen) bei allen Zähnen.
- **Implantologische Leistungen** einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen.
- **Aufbissbehelfe und Schienen** einschließlich der vorbereitenden Maßnahmen.
- **Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen,** sofern sie nicht im Rahmen einer kieferorthopädischen Maßnahme notwendig werden.
- **Material- und Laborkosten,** die bei den unter Nr. 3.2 aufgeführten zahnärztlichen Leistungen anfallen, soweit sie im Rahmen der in Deutschland ortsüblichen Preise berechnet sind.

Wir empfehlen Ihnen, vor der eigentlichen Behandlung einen Heil- und Kostenplan sowie einen Kostenvoranschlag über Material- und Laborkosten vorzulegen. Die Aufwendungen für diese Unterlagen sind zu 100% erstattungsfähig. Sie erhalten dann eine Mitteilung über die zu erwartenden Erstattungsleistungen.

3.3 ***Welche Zahnärzte kann die versicherte Person wählen?***

Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen Zahnärzten frei wählen, auch im Rahmen einer telemedizinischen Behandlung. Zudem können zahnärztliche Leistungen von notärztlichen Diensten und Zahnärzten in Ambulanzen der Krankenhäuser in Anspruch genommen werden.

Sie kann auch Einrichtungen aufsuchen, die zur Versorgung gesetzlich Versicherter vorgesehen sind. Dies sind z.B. zugelassene medizinische Versorgungszentren.

Zahnersatz und Kieferorthopädie gelten auch dann als zahnärztliche Heilbehandlung, wenn sie von einem Arzt ausgeführt worden sind.

Nach welchen Gebührenvorschriften sind die Aufwendungen von Zahnärzten erstattungsfähig?

Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.
Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnung liegende Aufwendungen, wenn und soweit eine rechtsgültige Honorarvereinbarung nach GOZ bzw. GOÄ getroffen wurde.

4. Was sind unsere Versicherungsleistungen bei stationärer Heilbehandlung und Hospizversorgung?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

4.1 **Allgemeine Krankenhausleistungen zu 100%.**

In Krankenhäusern, die nicht nach Bundespflegesatzverordnung bzw. nach Krankenhausentgeltgesetz abrechnen, gilt: Wir ersetzen die nachgewiesenen Aufwendungen ebenfalls **zu 100%.**

4.2 **Zuschlag für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer**

zu 100%.

Nimmt die versicherte Person kein Einbettzimmer in Anspruch, zahlen wir ein Tagegeld. Dieses beträgt

20 Euro je Tag.

Nimmt die versicherte Person kein Ein- oder Zweibettzimmer in Anspruch, zahlen wir ein Tagegeld. Dieses beträgt

40 Euro je Tag.

Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein Tag.

Das Tagegeld zahlen wir im Rahmen einer vollstationären – nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären – Heilbehandlung.

Wir zahlen das Ersatz-Tagegeld ohne Abzug eines vereinbarten Selbstbehaltes. Diese Leistung hat zudem keine Auswirkung auf eine etwaige Beitragsrückerstattung.

4.3 **Neben dem Unterbringungszuschlag berechenbare Zuschläge für Verpflegung, Telefon- und Internetanschluss, Radio- und Fernsehgerät**

zu 100%.

4.4 **Ärztliche Leistungen** **zu 100%.**

Dazu gehören:

- **Wahlärztliche Leistungen**
  Dies sind gesondert berechenbare Behandlungen durch leitende Krankenhausärzte. Dazu gehören auch von diesen veranlasste Leistungen, die Ärzte bzw. ärztlich geleitete Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses ausführen.
- **Belegärztliche Leistungen**
  Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte. Sie behandeln die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses.

Nimmt die versicherte Person für die gesamte Dauer einer vollstationären Heilbehandlung keine wahl- oder belegärztlichen Leistungen in Anspruch, zahlen wir ein Tagegeld. Dieses beträgt

60 Euro je Tag.

Aufnahme- und Entlassungstag zählen jeweils als ein Tag.

Das Tagegeld zahlen wir im Rahmen einer vollstationären – nicht bei einer teil-, vor- oder nachstationären – Heilbehandlung.

Wir zahlen das Ersatz-Tagegeld ohne Abzug eines vereinbarten Selbstbehaltes. Diese Leistung hat zudem keine Auswirkung auf eine etwaige Beitragsrückerstattung.

Nach welchen Gebührenvorschriften sind die Aufwendungen für Leistungen von Ärzten erstattungsfähig?

Die Aufwendungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der Höchstsätze der amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen.

Erstattungsfähig sind auch über den Höchstsätzen dieser Gebührenordnung liegende Aufwendungen, wenn und soweit eine gültige Honorarvereinbarung nach GOÄ getroffen wurde.

4.5 **Leistungen der Beleghebamme / des Belegentbindungspflegers**

zu 100%,

soweit die Gebühren im Rahmen der dafür geltenden amtlichen deutschen Gebührenordnung liegen.

4.6 **Transporte zum und vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 100 km**

zu 100%.

Die über 100 km hinausgehenden Transportkosten ersetzen wir, wenn das nächstgelegene geeignete Krankenhaus mehr als 100 km entfernt ist.

Für die medizinisch notwendige ärztliche Behandlung während eines Transportes besteht Versicherungsschutz.

4.7 Nach einer **stationären Entbindung** der versicherten Person zahlen wir – unabhängig von der Anzahl der geborenen Kinder – neben dem Ersatz von Aufwendungen zusätzlich eine Pauschale von

1.500 Euro.

Wir zahlen die Pauschale ohne Abzug eines vereinbarten Selbstbehaltes. Diese Leistung hat zudem keine Auswirkung auf eine etwaige Beitragsrückerstattung.

4.8 **Welche Krankenhäuser kann die versicherte Person wählen?**

Die versicherte Person hat die freie Wahl unter allen öffentlichen, gemeinnützigen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen. Sie müssen über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

4.9 **Leisten wir auch bei stationärer Psychotherapie?**

Ja, und zwar **zu 100%**, wenn die Behandlung in einer Einrichtung durchgeführt wird, die für die Behandlung von GKV-Versicherten zugelassen ist und die nach Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz abrechnen.
Andere Einrichtungen gelten als Privatpatientenkliniken. Hierfür benötigen Sie vor Beginn der Behandlung von uns eine Zusage in Textform.

4.10 **Leisten wir auch bei stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen (sogenannte gemischte Krankenanstalten)?**

Ja, aber nur dann, wenn wir vor Beginn der Behandlung eine Zusage in Textform erteilt haben.

Eine Zusage ist in folgenden Fällen nicht notwendig:

- Bei medizinisch notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung, wenn die Krankenanstalt das einzige geeignete Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten ist.
- Bei einem Notfall, z.B. bei Unfällen oder lebensbedrohlichen Zuständen.

- Wenn während des Aufenthaltes in einer gemischten Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftritt, die eine medizinisch notwendige stationäre Krankenhausbehandlung erfordert.
- Bei einer Krankenhausbehandlung zum Zwecke einer Operation.
- Bei stationären Anschlussheilbehandlungen, wenn alle Voraussetzungen für unsere Leistungspflicht nach Teil 1 Nr. 4.11 vorliegen.
- Bei Entwöhnungsmaßnahmen, wenn alle Voraussetzungen für unsere Leistungspflicht nach Teil 1 Nr. 4.12 vorliegen.

4.11 **Leisten wir auch bei stationären Anschlussheilbehandlungen (AHB)?**

Ja, und zwar **zu 100%**, wenn die folgenden Voraussetzungen gemeinsam erfüllt sind:

- Es muss sich um eine medizinisch notwendige Weiterbehandlung (AHB) nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus handeln (z.B. wegen Herzinfarkt, Schlaganfall oder Krebs).
- Die Behandlung muss innerhalb von 28 Tagen nach der Entlassung aus dem Krankenhaus beginnen. Sofern aus medizinischen Gründen die Einhaltung dieser Frist nicht möglich ist (z.B. nach Krebs-Operation und anschließender Strahlentherapie), gilt auch die später beginnende Maßnahme als AHB.
- Die Weiterbehandlung erfolgt in einer dafür geeigneten Einrichtung.
- Die versicherte Person hat dem Grunde nach keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung von z.B. einem gesetzlichen Rehabilitationsträger (z.B. Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft). Dies hat der Rehabilitationsträger mit seinem Bescheid – aufgrund des Antrages der versicherten Person – vor der Weiterbehandlung dem Versicherten mitgeteilt.

Wir empfehlen Ihnen, uns rechtzeitig vor der Weiterbehandlung einzuschalten. Wir übernehmen dann gerne für Sie die Prüfung Ihrer Ansprüche bei einem etwaigen Rehabilitationsträger.

Erstatten wir die Aufwendungen für eine stationäre AHB, dann sind auch die Aufwendungen für den Transport (z.B. Bahn, Taxi, privates Kraftfahrzeug, aber keine Gepäckbeförderungskosten) zur stationären AHB und zurück erstattungsfähig.
Voraussetzung ist, dass die Fahrt zur stationären AHB und zurück nicht von der Einrichtung organisiert und nicht bereits in anderer Form in Rechnung gestellt wird.

Wir ersetzen im Versicherungsfall die Aufwendungen für den Transport insgesamt bis zu 130 Euro. Die Transportkosten sind mit geeigneten Belegen (z.B. Taxiquittung) nachzuweisen. Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeuges sind 0,22 Euro pro Km erstattungsfähig.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen für

- Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger,
- sonstige Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen (siehe aber Teil 1 Nr. 5).

4.12 **Leisten wir auch bei stationären Entwöhnungsmaßnahmen, z.B. auch bei Internet- und Spielsucht?**

Ja, und zwar **zu 100%**, wenn folgende Voraussetzung erfüllt ist:

Die versicherte Person hat dem Grunde nach keinen anderweitigen Anspruch auf Kostenerstattung oder Sachleistung von z.B. einem gesetzlichen Rehabilitationsträger (z.B. Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft). Wir empfehlen Ihnen, uns rechtzeitig vor der Weiterbehandlung einzuschalten. Wir übernehmen dann gerne für Sie die Prüfung Ihrer Ansprüche bei einem etwaigen Rehabilitationsträger.

Die Anzahl der erstattungsfähigen ambulanten und stationären Entwöhnungsmaßnahmen ist auf insgesamt drei Maßnahmen während der gesamten Vertragslaufzeit begrenzt. Vorangegangene Entwöhnungsmaßnahmen rechnen wir an.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen für weitere Entwöhnungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

4.13 **Wie rechnen wir die Aufwendungen für eine Krankenhausbehandlung eines gesunden Neugeborenen ab?**

Berechnet das Krankenhaus eine Fallpauschale für das gesunde Neugeborene, gilt Folgendes: Diese Aufwendungen gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Sie sind im Rahmen des bestehenden Versicherungsschutzes der Mutter erstattungsfähig.

4.14 **Leisten wir für die medizinisch notwendige stationäre Mitaufnahme einer Begleitperson (Rooming in)?**

Ja, wir ersetzen die zusätzlichen Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung

zu 100%,

wenn eine Begleitperson - während einer stationären Behandlung der versicherten Person im Krankenhaus - stationär aufgenommen wird und diese Aufnahme medizinisch notwendig ist. Bei versicherten Kindern bis zu einem Alter von 10 Jahren gehen wir von der medizinischen Notwendigkeit der Mitaufnahme einer Begleitperson aus.

4.15 **Welche Versicherungsleistungen erbringen wir, wenn die versicherte Person Empfänger von Organen oder Geweben (Lebendspende) ist?**

Wir ersetzen die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Behandlung des **Empfängers** von Organen und Geweben im Rahmen des Transplantationsgesetzes **zu 100%**.

Ergänzend zahlen wir auch die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Behandlung des **Spenders**, soweit sie Teil der medizinisch notwendigen Behandlung des Empfängers ist. Es ist nicht relevant, wie der Spender selbst versichert ist.

Die erstattungsfähigen Behandlungskosten des Spenders zahlen wir immer **in voller Höhe** (auch wenn für den Vertrag des Empfängers ein Selbstbehalt gilt). Im Rahmen der Selbstverpflichtungserklärung des PKV-Verbandes ersetzen wir dem Spender

- alle mit der Organ- bzw. Gewebespende unmittelbar im Zusammenhang stehenden Behandlungskosten,
- angemessene Fahrt- und Reisekosten zum nächstgelegenen Behandlungsort und
- den tatsächlichen nachgewiesenen Verdienstausfall, der durch die medizinische Behandlung entstanden ist, sowie alle während des Verdienstausfalles geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge. Hierzu zählen auch Beiträge zu einer substitutiven privaten Krankenversicherung (§ 146 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz – VAG) und privaten Pflegepflichtversicherung.

4.16 Gibt es eine Beitragsbefreiung bei Krankenhausaufenthalten?

Ja, und zwar für den über 91 Tage hinausgehenden Krankenhausaufenthalt der versicherten Person. Folgende Voraussetzungen müssen gemeinsam erfüllt sein:

- Sie haben einen Anspruch auf Kostenerstattung für vollstationäre mindestens 92 Tage dauernde ununterbrochene Heilbehandlung,
- dieser Tarif besteht (auch für die Dauer einer Anwartschaftsversicherung) mindestens während der letzten 12 Monate ohne Beitragsrückstände. Bei einem Wechsel aus einem DKV-Tarif in einen Tarif PMN gilt: Die Vertragslaufzeit im bisherigen Tarif wird auf die vorgesehene Mindestvertragslaufzeit für die Beitragsbefreiung dann angerechnet, wenn der bisherige Tarif diese Leistung ebenfalls vorsieht (vgl. Teil 2 Nr. 7.2).

Die Beitragsbefreiung gilt ab dem Ersten des Monats, in dem die Voraussetzungen erfüllt sind. Sie bezieht sich auf volle Monatsbeiträge einschließlich des gesetzlichen Beitragszuschlages und etwaiger Risikozuschläge. Die Beitragsbefreiung erfolgt über eine Beitragsrückzahlung.

Wir zahlen die Beitragsrückzahlung ohne Abzug eines vereinbarten Selbstbehaltes. Diese Leistung hat zudem keine Auswirkung auf eine etwaige Beitragsrückerstattung.

4.17 Was sind unsere Versicherungsleistungen bei voll- und teilstationärer Hospizversorgung?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für voll- oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativmedizinische Behandlung erbracht wird, wenn

- die versicherte Person keiner Krankenhausbehandlung bedarf und
- eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person nicht erbracht werden kann.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzen wir bis zu der Höhe, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre. Versicherungsleistungen der Pflegepflichtversicherung rechnen wir an.

5. Was sind unsere Versicherungsleistungen bei Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahmen?

Wir zahlen bei einer ärztlich verordneten ambulanten oder stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme ein Kurtagegeld. Ohne Kostennachweis zahlen wir **für maximal 28 Tage** ein Kurtagegeld von

30 Euro je Tag.

Ein erneuter Anspruch besteht, wenn der Beginn der letzten Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahme mindestens 36 Monate zurückliegt.

Wir ersetzen nicht: Aufwendungen im Zusammenhang mit einer Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme (z.B. für Bäder und Massagen). Ausgenommen von dieser Einschränkung sind Anschlussheilbehandlungen nach Teil 1 Nr. 4.11.

6. Was sind unsere Versicherungsleistungen aufgrund der Geburt von Kindern und damit begründetem Bezug von Elterngeld?

Hat die versicherte Person Anspruch auf Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG), gilt:

Wir zahlen für jeden Monat, für den aufgrund der Geburt von Kindern Elterngeld bezogen wird, eine Pauschale von **600 Euro**. Diese Pauschale zahlen wir monatlich und nachträglich aus. Die Pauschale zahlen wir maximal für sechs Monate, in denen die versicherte Person Elterngeld bezieht. Das sind insgesamt maximal **3.600 Euro.**

Elterngeld wird für Lebensmonate des Kindes bewilligt. Ein Lebensmonat dauert jeweils vom Tagesdatum der Geburt in einem Monat bis zum Tag vor dem Geburtsdatum im nächsten Monat. Beispiel: Bei Geburt am 15.6. umfasst der erste Lebensmonat die Zeit vom 15.6. bis 14.7. Grundlage für unsere Leistung sind die jeweils bewilligten Lebensmonate des Kindes, für die Elterngeld bezogen wird. Diese ergeben sich aus dem Elterngeldbescheid. Sie müssen uns daher eine Kopie des Elterngeldbescheides vorlegen.

Weitere Voraussetzung für die Leistung ist, dass die versicherte Person seit mindestens 24 Monaten in diesem Tarif versichert ist (vgl. auch den Hinweis zum Tarifwechsel). Erhalten Versicherte Elterngeld nach Versicherungsbeginn aber vor Ablauf der 24 Monate dann gilt: Der Anspruch auf die Pauschale entsteht nach Erfüllung der Vertragslaufzeit mit Beginn des nächsten bewilligten Lebensmonats und endet mit Beendigung des letzten bewilligten Lebensmonats, spätestens aber sechs Monate nach Anspruchsbeginn (siehe Beispiel).

Erhält die versicherte Person aufgrund anderer im Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz geregelter Fälle Elterngeld, gelten die genannten Regelungen entsprechend.

Bei Mehrlingsgeburten erhöht sich unsere Pauschale nicht.

Beispiel:

Die Geburt des Kindes ist am 15.6.2023. Sie beziehen Elterngeld vom 15.6.2023 bis zum 14.6.2024 (d.h. 12 Monate Elterngeldbezug gemäß Elterngeldbescheid).

Bei Vertragsbeginn am 1.1.2022 ist die Vertragslaufzeit von 24 Monaten im Tarif PMN am 1.1.2024 erfüllt. Dies bedeutet: Die bewilligte Elterngelddauer für die Lebensmonate des Kindes vom 15.6.2023 bis 14.1.2024 fällt zeitlich nicht vollständig in unsere Leistungspflicht. Der Anspruch auf die Pauschale beginnt daher erst am 15.1.2024 und endet am 14.6.2024. Wir zahlen daher für fünf Monate die Pauschale. Das sind insgesamt 3.000 Euro.

Hinweis bei Tarifwechsel in Tarif PMN:

Bei einem Wechsel aus einem DKV-Tarif, der eine vergleichbare Pauschalleistung nach Geburt eines Kindes vorsieht, gilt: Wir rechnen die Vertragslaufzeit im bisherigen Tarif auf die 24-monatige Mindestversicherungsdauer für die Pauschale bei Elterngeldbezug an. Ist der Versicherungsfall hierfür vor Beginn des Versicherungsschutzes nach Tarif PMN eingetreten, besteht höchstens Anspruch auf den Betrag, der im bisherigen Tarif als Höchstleistungsbetrag für eine solche Pauschale aufgeführt ist. Die Voraussetzungen für den Anspruch auf die Pauschale richten sich nach Tarif PMN. Dabei rechnen wir in dem bisherigen Tarif erfolgte Zahlungen an (vgl. Teil 1, Nr. 14.2).

7. Was sind unsere ergänzenden Versicherungsleistungen und Services bei Auslandsreisen?

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen für:

7.1 Mehrkosten eines Rücktransports aus dem Ausland

zu 100%.

Folgende Voraussetzungen müssen dafür gemeinsam erfüllt sein:

- Der Rücktransport der versicherten Person muss medizinisch notwendig sein.
- Der Rücktransport erfolgt an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Krankenhaus.
- Der Rücktransport wird über uns organisiert. Dafür bieten wir einen **24-Stunden-Notruf-Service** an. Sie erreichen ihn unter der Rufnummer

  +49 221/578 94005

  (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen inländischen bzw. ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters).

Wird der Rücktransport nicht über uns organisiert, so ersetzen wir die Mehrkosten

zu 90%.

7.2 Transport von Arzneimitteln und Blutkonserven ins Ausland

zu 100%.

Folgende Voraussetzungen müssen dafür gemeinsam erfüllt sein:

- Die versicherte Person benötigt
  - lebensnotwendige Arzneimittel, die vor Ort nicht erhältlich sind oder
  - Blutkonserven, die vor Ort nicht erhältlich sind, bzw. sie hat den berechtigten Wunsch nach Blutkonserven aus Deutschland (z.B. Eigenblutkonserven).
- Der Transport wird über uns organisiert. Dafür bieten wir einen **24-Stunden-Notruf-Service** an. Sie erreichen ihn unter der Rufnummer

  +49 221/578 94005

  (Kosten gemäß Tarif des jeweiligen inländischen bzw. ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters).

Wird der Transport nicht über uns organisiert, so ersetzen wir die Transportkosten

zu 90%.

Der Transport erfolgt von der nächstgelegenen Abgabestelle (Apotheke, Krankenhaus oder andere behördlich zugelassene Abgabestelle) bis zur versicherten Person. Dabei sind die geltenden Transport- sowie Im- und Exportbestimmungen zu beachten.

7.3 Todesfall im Ausland

- Überführung aus dem Ausland: Für Aufwendungen, die durch die Überführung nach dem Tode einer versicherten Person aus dem Ausland zum ständigen Wohnsitz vor Beginn der Reise entstehen

  zu 100%, oder

- Beisetzung im Ausland: Für Aufwendungen, die durch die Beisetzung einer versicherten Person im Ausland entstehen, bis zu der Höhe, die bei einer Überführung zu erbringen gewesen wären

  zu 100%.

Unser Dienstleister organisiert eine Beisetzung im Ausland oder eine Überführung an den Ort des gewöhnlichen Aufenthaltes der versicherten Person.

Rufen Sie unseren **24-Stunden-Notruf-Service an**. Sie erreichen ihn unter der Rufnummer

+49 221/578 94005

(Kosten gemäß Tarif des jeweiligen inländischen bzw. ausländischen Netzbetreibers bzw. Mobilfunkanbieters).

8. Welche Serviceleistungen bieten wir Ihnen?

Unsere umfangreichen Serviceleistungen des

- **Gesundheitstelefons,**
- **der Best Care-Leistungen und**
- **des 24-Stunden-Notruf-Services**

sind in gesonderten AVB Service- und Best Care-Leistungen (vgl. Druckstück B 592) aufgeführt. Sie sind Gegenstand des Versicherungsschutzes nach diesem Tarif und gelten nur in Verbindung mit diesen AVB.

9. Gibt es einen Selbstbehalt?

9.1 Ja, und zwar für die Tarife PMN 1 und PMN 2. Ein vereinbarter Selbstbehalt wird von den erstattungsfähigen Aufwendungen abgezogen und mindert unseren Leistungsbetrag.

Die folgende Tabelle regelt

- die Höhe des Selbstbehaltes je versicherter Person und Kalenderjahr und
- bei welchen Leistungen der Selbstbehalt in Abzug gebracht wird (Anwendungsbereich des Selbstbehaltes).

	Tarif **PMN 0**	Tarif **PMN 1**	Tarif **PMN 2**	Anwendungsbereich des Selbstbehaltes
bis zum 15. Lebensjahr	0 Euro	100 Euro	500 Euro	Versicherungsleistungen gemäß Teil 1 Nrn. 2 bis 5 **Ausnahmen**: Kein Selbstbehalt bei Leistungen für: Vorsorgeuntersuchungen, Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsmaßnahmen und Schutzimpfungen, professionelle Zahnreinigung, Individual-Prophylaxe, Pauschalen für Entbindungen, Ersatz-Tagegelder und die Beitragsbefreiung bei Krankenhausaufenthalt von mehr als 91 Tagen.
ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr	0 Euro	100 Euro	500 Euro	
ab dem 20. Lebensjahr	0 Euro	300 Euro	1.500 Euro	

Nach Vollendung des 14. bzw. 19. Lebensjahres gilt ab folgendem Kalenderjahr der Selbstbehalt des nächsthöheren Alters.

Die Aufwendungen rechnen wir dem Kalenderjahr zu, in dem

- die Heilbehandlung durchgeführt worden ist bzw.
- die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen worden sind.

9.2 Falls die Versicherung nicht am 1. Januar, sondern innerhalb des laufenden Kalenderjahres beginnt, gilt Folgendes:

Wir mindern den Selbstbehalt für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat.

Endet die Versicherung während eines Kalenderjahres, mindern wir den Selbstbehalt nicht.

9.3 Falls Sie nicht am 1. Januar, sondern innerhalb des laufenden Kalenderjahres in eine andere Selbstbehaltstufe wechseln, gilt Folgendes:

Für erstattungsfähige Aufwendungen vor Umwandlung gilt immer der unveränderte bisherige Selbstbehalt.

Bei Herabsetzung oder Fortfall des Selbstbehaltes gilt nach der Umwandlung der neue Selbstbehalt ungemindert. Für das Umwandlungsjahr insgesamt rechnen wir aber höchstens den bisherigen Selbstbehalt an.

Bei Erhöhung des Selbstbehaltes gilt für das Umwandlungsjahr insgesamt ein zusammengesetzter Selbstbehalt: Diesen berechnen wir aus anteilig gemindertem bisherigem und anteilig gemindertem neuem Selbstbehalt.

Diese Regelungen gelten auch für Umwandlungen aus anderen Tarifen der Krankheitskostenvollversicherung.

10. Haben Sie Anspruch auf eine garantierte Beitragsrückerstattung, wenn Sie keine Versicherungsleistungen beanspruchen?

10.1 Die Tarife PMN 0 und PMN 1 sehen eine garantierte Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vor. Für die versicherte Person besteht ein Anspruch, wenn folgende Voraussetzungen gemeinsam vorliegen:

- Aus der Versicherung haben wir für das betreffende Geschäftsjahr (Kalenderjahr) keine Versicherungsleistungen gemäß Teil 1 Nrn. 2 bis 5 erbracht, und auch nach der Auszahlung der Beitragsrückerstattung werden keine Versicherungsleistungen mehr für das betreffende Geschäftsjahr erbracht. Unberücksichtigt bleiben dabei folgende Leistungen:

  Vorsorgeuntersuchungen, Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsmaßnahmen und Schutzimpfungen sowie professionelle Zahnreinigung und Individual-Prophylaxe. Außerdem bleiben unsere Pauschalen für Entbindungen, Ersatz-Tagegelder und die Beitragsbefreiung bei Krankenhausaufenthalt von mehr als 91 Tagen unberücksichtigt.

- Im jeweiligen Kalenderjahr besteht ununterbrochener Versicherungsschutz nach einer Tarifvariante von Tarif PMN oder PMA (Ausnahme siehe Nr. 10.2).
- Der Versicherungsvertrag nach diesem Tarif besteht zum 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres ungekündigt. Am 30. Juni des Folgejahres besteht der Vertrag in einem Tarif der Krankheitskostenvollversicherung, der einen Anspruch auf Überschussbeteiligung vorsieht. Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn der Vertrag nach Ablauf des Geschäftsjahres wegen Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder wegen Tod geendet hat.
- Es besteht kein Beitragsrückstand zum Zeitpunkt der Auszahlung.

10.2 Die garantierte Beitragsrückerstattung beträgt je versicherter Person und Kalenderjahr für:

	Tarif **PMN 0**	Tarif **PMN 1**	Tarif **PMN 2**
bis zum 15. Lebensjahr	500 Euro	400 Euro	0 Euro
ab dem 15. bis zum 20. Lebensjahr	500 Euro	400 Euro	0 Euro
ab dem 20. Lebensjahr	1.500 Euro	1.200 Euro	0 Euro

Ist der Versicherungsbeginn im betreffenden Kalenderjahr nicht der 1. Januar, dann gilt: Die garantierte Beitragsrückerstattung wird für jeden Tag, der vor dem Beginn der Versicherung liegt, um 1/360 gekürzt. Dies gilt auch bei Umstellungen in Tarif PMN.
War die versicherte Person im maßgeblichen Kalenderjahr nach verschiedenen Tarifvarianten der Tarife PMN oder PMA versichert, gilt: Die garantierte Beitragsrückerstattung wird nach den jeweils vereinbarten Tarifvarianten anteilig berechnet.

10.3 Für jeden Tag einer Anwartschaft im maßgeblichen Kalenderjahr wird die Auszahlung der garantierten Beitragsrückerstattung um 1/360 gekürzt.

10.4 Die garantierte Beitragsrückerstattung für das leistungsfreie Kalenderjahr zahlen wir nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres aus.

11. Haben Sie Anspruch auf eine Überschussbeteiligung?

11.1 Vom Überschuss eines Geschäftsjahres aus der nach Art der Lebensversicherung betriebenen Krankenversicherung verwenden wir nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften mindestens 80% zugunsten der Versicherungsnehmer. Dabei bilden wir auch eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung mit folgenden Verwendungsmöglichkeiten:
Wir können

- die Rückstellung als Einmalbeitrag verwenden, um Beitragserhöhungen abzuwenden oder abzumildern,
- die Rückstellung auszahlen,
- die Versicherungsleistungen erhöhen bzw. den Beitrag senken.

Wir entscheiden jährlich darüber, in welcher Form und zu welchem Zeitpunkt wir die Rückstellung verwenden. Dabei entscheiden wir auch, welche Tarife in welcher Höhe an der Beitragsrückerstattung teilnehmen. Ein unabhängiger Treuhänder muss unseren Entscheidungen zustimmen.

11.2 In Ausnahmefällen dürfen wir aus der Rückstellung Beträge entnehmen, um einen drohenden Notstand (z.B. Verlustabdeckung) abzuwenden. Dies darf nur im Interesse der Versicherten erfolgen. Die Aufsichtsbehörde muss zustimmen.

11.3 Falls wir für diesen Tarif eine Beitragsrückerstattung in Form der Auszahlung vorsehen, besteht ein Anspruch für die versicherte Person, wenn folgende Voraussetzungen gemeinsam vorliegen:

- Aus der Versicherung haben wir für das betreffende Geschäftsjahr (Kalenderjahr) keine Versicherungsleistungen gemäß Teil 1 Nrn. 2 bis 5 erbracht, und auch nach der Auszahlung der Beitragsrückerstattung werden keine Versicherungsleistungen mehr für das betreffende Geschäftsjahr erbracht. Unberücksichtigt bleiben folgende Leistungen:
  Vorsorgeuntersuchungen, Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsmaßnahmen und Schutzimpfungen sowie professionelle Zahnreinigung und Individual-Prophylaxe. Außerdem bleiben unsere Pauschalen für Entbindungen, Ersatz-Tagegelder und die Beitragsbefreiung bei Krankenhausaufenthalt von mehr als 91 Tagen unberücksichtigt. Die Auszahlung einer garantierten Beitragsrückerstattung nach Nr. 10 bleibt auch unberücksichtigt.
- Im jeweiligen Kalenderjahr besteht ununterbrochener Versicherungsschutz nach einer Tarifvariante von Tarif PMN oder PMA (Ausnahmen siehe Nr. 11.4).
- Der Versicherungsvertrag nach diesem Tarif besteht zum 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres ungekündigt. Am 30. Juni des Folgejahres besteht der Vertrag in einem Tarif der Krankheitskostenvollversicherung, der einen Anspruch auf Überschussbeteiligung vorsieht. Diese Voraussetzung gilt nicht, wenn die Versicherung nach Ablauf des Geschäftsjahres wegen Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung oder wegen Tod geendet hat.
- Es besteht kein Beitragsrückstand zum Zeitpunkt der Auszahlung.

11.4 Ist der Versicherungsbeginn im betreffenden Kalenderjahr nicht der 1. Januar, dann gilt: Die Beitragsrückerstattung wird für jeden Tag, der vor dem Beginn der Versicherung liegt, um 1/360 gekürzt. Dies gilt auch bei Umstellungen in Tarif PMN.

War die versicherte Person im maßgeblichen Kalenderjahr nach verschiedenen Tarifvarianten der Tarife PMN oder PMA versichert, gilt: Die Beitragsrückerstattung wird nach den jeweils vereinbarten Tarifvarianten anteilig berechnet.

11.5 Für jeden Tag einer Anwartschaft im maßgeblichen Kalenderjahr wird die Beitragsrückerstattung um 1/360 gekürzt.

11.6 Die Beitragsrückerstattung für das leistungsfreie Kalenderjahr zahlen wir nicht vor dem 1. Juli des Folgejahres aus.

12. Welche Untersuchungs-/Behandlungsmethoden und Arzneimittel stehen unter Versicherungsschutz?

Wir leisten für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Darüber hinaus leisten wir unter folgenden Voraussetzungen für weitere Methoden und Arzneimittel:

- Diese müssen sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben, oder
- sie müssen deswegen angewendet werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Wir können unsere Versicherungsleistungen jedoch auf den Betrag herabsetzen, der bei Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

13. Was ist nicht versichert und in welchen Fällen kann unsere Leistungspflicht eingeschränkt sein?

13.1 Unsere Leistungspflicht wird bestimmt durch Art und Umfang unserer Versicherungsleistungen in den einzelnen Leistungsbeschreibungen (vgl. Teil 1 Nr. 1 bis 9).

Wir leisten jedoch generell nicht für:

- Krankheiten, Unfälle und Todesfälle, die jeweils durch Kriegsereignisse verursacht wurden oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind. Außerdem leisten wir nicht für die Folgen solcher Krankheiten und Unfälle.

  Diese Einschränkungen gelten nicht, wenn folgende Voraussetzungen vorliegen:

  Die versicherte Person wird im Ausland vom Eintritt eines Kriegsereignisses überrascht und sie nimmt an diesem Ereignis nicht aktiv teil.

  Ein Kriegsereignis gilt insbesondere nicht als überraschend, wenn das deutsche Auswärtige Amt – vor Antritt des Auslandsaufenthaltes – für das Reiseziel und die Reisezeit eine Reisewarnung wegen eines Krieges oder eines bevorstehenden Krieges veröffentlicht hat. Erfolgt eine entsprechende Reisewarnung des Auswärtigen Amtes während des Auslandsaufenthaltes, gilt Folgendes: Es besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person – unverschuldet – keine Möglichkeit hat, das betroffene Gebiet zu verlassen.

  Terroranschläge gelten nicht als Kriegsereignisse, etwaige Folgen stehen unter Versicherungsschutz.
- Solche Krankheiten und Unfälle, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt worden sind, einschließlich deren Folgen.
- Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten erstatten wir tarifgemäß.
- Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenhäusern, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von unserer Leistungserstattung ausgeschlossen haben. Dies gilt erst dann, wenn wir Ihnen den Ausschluss mitgeteilt haben. Ist zum Zeitpunkt unserer Mitteilung die Behandlung noch nicht abgeschlossen, gilt Folgendes: Wir ersetzen die weiteren Aufwendungen für längstens drei Monate, gerechnet ab dem Zeitpunkt des Zugangs unserer Mitteilung.
- Eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

13.2 **Unsere Leistungspflicht kann zusätzlich in folgenden Fällen eingeschränkt bzw. ausgeschlossen sein:**

- Wir können unsere Zahlungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, falls mehr oder umfangreichere Leistungen als medizinisch notwendig erbracht werden. Dasselbe gilt, soweit die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.
- Bei einem Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung bzw. auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge gilt: Wir ersetzen nur die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.
- Die Gesamterstattung ist – auch bei Anspruch auf Leistungen gegenüber mehreren Kostenträgern – insgesamt auf die Summe Ihrer Aufwendungen begrenzt.
- Weitere Einschränkungen können sich ergeben:
  - Vor Beginn und nach Ende des Versicherungsschutzes (vgl. Teil 1 Nr. 14),
  - bei Aufenthalten im Ausland (vgl. Teil 1 Nr. 15),
  - bei Verletzung von Obliegenheiten (vgl. Teil 2 Nr. 2),
  - bei einem Beitragsrückstand (vgl. Teil 2 Nr. 4).

14. Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?

14.1 Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt (Versicherungsbeginn). Er beginnt jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung).

14.2 Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Eine Besonderheit gilt für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages, aber vor Versicherungsbeginn eingetreten sind. Hier leisten wir lediglich nicht für die Aufwendungen, die in der Zeit vor Versicherungsbeginn angefallen sind. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Zusätzlich gilt bei einem Wechsel aus DKV-Tarifen, die eine vergleichbare Pauschalleistung nach Geburt eines Kindes vorsehen (vgl. Teil 1 Nr. 6), Folgendes:

Ist der Versicherungsfall hierfür vor Beginn des Versicherungsschutzes nach Tarif PMN eingetreten, besteht höchstens Anspruch auf den Betrag, der im bisherigen Tarif als Höchstleistungsbetrag für eine solche Pauschale aufgeführt ist. Die Voraussetzungen für den Anspruch auf die Pauschale richten sich nach Tarif PMN. Dabei rechnen wir in dem bisherigen Tarif erfolgte Zahlungen an.

14.3 Für das neugeborene Kind einer versicherten Person kann der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und Wartezeiten ab Vollendung der Geburt beginnen. Dazu müssen Sie das Kind spätestens zwei Monate nach der Geburt rückwirkend zur Versicherung bei uns anmelden. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender sein als der der versicherten Person. Unter diesen Voraussetzungen stehen dann auch angeborene Anomalien und Krankheiten unter Versicherungsschutz.

Diese Regelungen gelten entsprechend bei Adoption eines minderjährigen Kindes. Allerdings können wir bei einem erhöhten Krankheitsrisiko einen Zuschlag bis zur einfachen Beitragshöhe verlangen.

14.4 Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsvertrages (vgl. Teil 2 Nr. 8). Dies gilt auch, wenn die Behandlung noch nicht abgeschlossen ist.

15. Gilt der Versicherungsschutz auch bei Aufenthalten im Ausland?

15.1 Bei vorübergehenden Aufenthalten im europäischen Ausland besteht Versicherungsschutz. Der gewöhnliche Aufenthalt muss weiterhin in Deutschland sein. Liegen die Behandlungskosten über denen, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland anfallen würden, gilt Folgendes: Wir ersetzen diese Aufwendungen, wenn und soweit sie in dem jeweiligen europäischen Staat üblich sind.
Dies gilt auch bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums.

15.2 Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz für sechs Monate ab Beginn des Auslandsaufenthaltes. Muss die versicherte Person ihren Aufenthalt wegen medizinisch notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausdehnen, gilt Folgendes: Solange sie die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Liegen die Behandlungskosten über denen, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland anfallen würden, gilt Folgendes: Wir ersetzen die Aufwendungen, wenn und soweit sie in dem jeweiligen außereuropäischen Staat üblich sind.
Bitte teilen Sie uns unverzüglich mit, wenn der vorübergehende Aufenthalt im außereuropäischen Ausland länger als sechs Monate dauern wird. Wir prüfen dann, ob eine Vereinbarung zur weiteren Fortführung des Versicherungsschutzes möglich ist.

15.3 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums endet die Versicherung.

15.4 Bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland können Sie auch verlangen, dass wir die betreffende Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Eine solche Versicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

Wichtiger Hinweis zum Auslandsaufenthalt

Wir empfehlen Ihnen, rechtzeitig vor Antritt einer länger dauernden Auslandsreise eine Auslandsreise-Krankenversicherung abzuschließen. Dies kann auch bei kürzeren Reisen sinnvoll sein, da die Versicherungsleistungen dieses Tarifs grundsätzlich nur auf das deutsche Gesundheitssystem ausgerichtet sind. Die Tarifleistungen können somit ggf. zur Deckung aller Kosten nicht ausreichen. Rufen Sie uns bei Bedarf unter der gebührenfreien Rufnummer **0800/3746 444** an.

16. Welche Voraussetzungen müssen Rechnungen erfüllen und wann erhalten Sie unsere Versicherungsleistungen?

16.1 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Originalrechnungen verlangen. Beteiligt sich ein anderer Kostenträger (z.B. die Berufsgenossenschaft), reicht auch eine Kopie aus. Auf der Kopie muss der andere Kostenträger die Höhe seiner Leistung vermerkt haben. Wir können von Ihnen den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen.

Rechnungen müssen den Namen der behandelten Person, die Behandlungsdaten, die einzelnen Leistungen sowie die Krankheitsbezeichnungen enthalten. Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel müssen Sie uns zusammen mit der Verordnung senden. Wir empfehlen, Rezepte zusammen mit der dazugehörigen Arztrechnung vorzulegen. Beim Bezug einer Brille genügt die Angabe der Dioptrienwerte in der Optikerrechnung.

16.2 Krankheitskosten in ausländischer Währung rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.

16.3 Sie erhalten die Versicherungsleistungen, sobald wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind. Sollten wir dafür länger als einen Monat brauchen, erhalten Sie auf Wunsch vorab einen Abschlag. Maßgebend dafür ist die Höhe des Betrags, den wir nach den bisherigen Feststellungen voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Die Monatsfrist ist unterbrochen, solange wir unsere Feststellungen infolge Ihres Verschuldens nicht beenden können.

17. Erhalten Sie für eine beabsichtigte Heilbehandlung Auskunft über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes?

17.1 Vor Beginn einer Heilbehandlung können Sie in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Voraussetzung ist, dass die Kosten der Heilbehandlung voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden. Sie erhalten dann von uns innerhalb von vier Wochen die Auskunft. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, erteilen wir die Antwort unverzüglich, spätestens aber nach zwei Wochen. Wir berücksichtigen dabei auch einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen.

17.2 Die Frist beginnt mit dem Eingang des Auskunftsverlangens bei uns. Haben wir die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, gilt die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung als notwendig. Sind wir dann der Auffassung, dass die Heilbehandlung nicht notwendig ist, müssen wir dies beweisen.

18. Können Sie bzw. die versicherte Person Auskunft über Gutachten oder Stellungnahmen verlangen?

18.1 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht können wir Gutachten oder Stellungnahmen einholen. Über deren Inhalt müssen wir Ihnen bzw. der versicherten Person auf Verlangen Auskunft geben. Sie bzw. die versicherte Person sind auch berechtigt, Einsicht in diese Dokumente zu nehmen.
In Ausnahmefällen dürfen wir nur einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben. Dies ist der Fall, wenn (therapeutische) Gründe entgegenstehen, dass Sie bzw. die versicherte Person Auskunft oder Einsicht bekommen.

18.2 Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden.

18.3 Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

19. Können Sie Ihre Leistungsansprüche auf Dritte übertragen?

Sie dürfen Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen nicht verpfänden.

Teil 2 Sonstige Bestimmungen

1. Welche Obliegenheiten (Mitwirkungspflichten) sind zu beachten?

1.1 Zur Prüfung unserer Leistungspflicht und des Leistungsumfangs benötigen wir von Ihnen bzw. der versicherten Person ggf. Auskünfte. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die gewünschten Auskünfte zu geben.

1.2 Die versicherte Person muss sich von einem von uns beauftragten Arzt untersuchen lassen, wenn wir sie hierzu auffordern.

1.3 Die versicherte Person hat möglichst für eine Minderung des Schadens zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.

2. Welche Folgen kann die Verletzung von Obliegenheiten haben?

2.1 Sie erhalten keine Versicherungsleistungen, wenn eine der genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt wird. Wenn eine Obliegenheit grob fahrlässig (z.B. in besonders hohem Maße) verletzt wird, können wir unsere Leistungen kürzen. Die Kürzung erfolgt entsprechend der Schwere des Verschuldens. Bei der Verletzung von Auskunfts- und Untersuchungspflichten können wir nur kürzen, wenn wir Sie hierauf in Textform (z.B. per Brief oder E-Mail) gesondert hingewiesen haben. Sie erhalten jedoch dann Leistungen, wenn die Verletzung der Obliegenheit keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht hat. Dies gilt nicht, wenn Sie uns arglistig (z.B. durch eine falsche Auskunft) täuschen.

2.2 Wir rechnen Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zu.

3. Wie berechnen wir die Beiträge?

3.1 Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Zu Beginn der Versicherung zahlen Sie den Beitrag, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Das Eintrittsalter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Jahr, in dem die Versicherung beginnt und dem Geburtsjahr. Für die versicherte Person, die das 14. bzw. das 19. Lebensjahr vollendet, gilt der Beitrag des nächsthöheren Alters. Diesen Beitrag haben Sie ab Beginn des dann folgenden Kalenderjahres zu zahlen.

3.2 Die Beiträge berechnen wir nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung. Die Einzelheiten sind in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Soweit eine Alterungsrückstellung gebildet wird, ist eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der

Leistungen wegen des Älterwerdens ausgeschlossen. Eine Alterungsrückstellung dient dazu, den mit zunehmendem Alter eintretenden Anstieg der Krankheitskosten vorzufinanzieren.

3.3 Bei einer Änderung der Beiträge berücksichtigen wir das erreichte Alter der versicherten Person. Zur Bestimmung des Alters kommt es auf den Zeitpunkt an, zu dem die Änderung wirksam wird. Dem Eintrittsalter der versicherten Person tragen wir dadurch Rechnung, dass wir eine Alterungsrückstellung anrechnen.

3.4 Bei Beitragsänderungen können wir auch vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

4. Wann ist der Beitrag zu zahlen und welche Folgen kann eine verspätete Zahlung haben?

4.1 Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtrag zum Versicherungsschein. Der Beitrag ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

4.2 Im Lastschriftverfahren zahlen Sie rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag einziehen können und Sie der Einziehung nicht widersprechen. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, erhalten Sie von uns in Textform eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, ist die Beitragszahlung noch rechtzeitig.

4.3 Sind Sie mit einem Betrag von zwei Monatsbeiträgen im Rückstand, erhalten Sie von uns eine Mahnung. Darüber hinaus haben Sie für jeden angefangenen Monat des Rückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes zu zahlen. Hinzu kommen Mahnkosten in nachgewiesener Höhe. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung höher als ein Monatsbeitrag, gilt Folgendes: Sie erhalten von uns eine zweite Mahnung. In dieser weisen wir Sie auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages hin.

Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als ein Monatsbeitrag, ruht der Versicherungsvertrag. Das Ruhen tritt ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats ein.

Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im branchenweit einheitlichen Notlagentarif versichert. Hierüber erhalten Sie von uns eine entsprechende Mitteilung zusammen mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für diesen Tarif. Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein bzw. endet, wenn die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne der sozialrechtlichen Vorschriften ist bzw. wird.

5. Unter welchen Voraussetzungen können wir die Beiträge ändern?

5.1 Bei der Kalkulation des Beitrags haben wir gemäß Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und Krankenversicherungsaufsichtsverordnung (KVAV) verschiedene Faktoren wie z.B. die auf die Versicherten entfallenden Versicherungsleistungen und die Lebenserwartung zu berücksichtigen. Diese können sich z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern.
Wir vergleichen daher gemäß § 155 Absatz 3 Satz 1 VAG zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.
Außerdem vergleichen wir gemäß § 155 Absatz 4 Satz 1 VAG jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten.
Die Vergleiche werden gemäß § 15 Absatz 1 und § 16 Absatz 1 KVAV für jede Beobachtungseinheit (Kinder/Jugendliche, Erwachsene) eines Tarifs getrennt durchgeführt. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung bei den Versicherungsleistungen von mehr als fünf Prozent, überprüfen wir alle Beiträge der betroffenen Beobachtungseinheit und passen diese, wenn die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders an. Ergibt die Gegenüberstellung eine Abweichung bei den Sterbewahrscheinlichkeiten von mehr als fünf Prozent, überprüfen wir alle Beiträge der betroffenen Beobachtungseinheit und passen diese, wenn die Abweichung als nicht nur vorübergehend anzusehen ist, mit Zustimmung des Treuhänders an. Der unabhängige Treuhänder hat zu prüfen, ob die Berechnung der Beiträge mit den dafür bestehenden Rechtsvorschriften in Einklang steht. Dabei überprüft er auch die Technischen Berechnungsgrundlagen.

Unter den gleichen Voraussetzungen dürfen wir auch einen betragsmäßig festgelegten Selbstbehalt anpassen und einen vereinbarten Risikozuschlag entsprechend ändern.

5.2 Im Zuge einer Beitragsanpassung vergleichen wir auch den für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderlichen Zuschlag (§ 8 Absatz 1 Nr. 6 KVAV) mit dem kalkulierten Zuschlag und passen diesen, soweit erforderlich, an.

5.3 Die Neufestsetzung des Beitrags und die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung bzw. der Änderungen sowie der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

6. Unter welchen Voraussetzungen können wir die AVB ändern?

6.1 Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen können sich dauerhaft – z.B. durch Gesetze – ändern. In diesem Fall können wir die AVB an die geänderten Verhältnisse anpassen. Ein unabhängiger Treuhänder achtet dann darauf, dass die Änderung im Interesse der Versicherten erforderlich erscheint und angemessen ist. Die Änderung und die Gründe hierfür teilen wir Ihnen mit. Die Änderung wird zu Beginn des übernächsten Monats, der auf unsere Mitteilung folgt, wirksam.

6.2 Durch höchstrichterliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte der Aufsichts- oder Kartellbehörden können AVB-Regelungen wider Erwarten für unwirksam erklärt werden. In diesen Fällen können wir die

Regelung durch eine neue ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Versicherungsvertrages notwendig ist. Das ist auch möglich, wenn eine Fortsetzung des Vertrages ohne die neue Regelung für eine der Vertragsparteien nicht zumutbar wäre. Die neue Regelung muss unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Sie wird zwei Wochen, nachdem wir Sie über die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe informiert haben, wirksam.

7. Kann die versicherte Person in andere Tarife wechseln?

Ja, und zwar unter den in Nr. 7.1 bis 7.4 beschriebenen Voraussetzungen.

7.1 **Umstellung in eine andere Selbstbehaltstufe innerhalb der PremiumMed Tarife PMN / 0-2:**

Die versicherte Person kann in folgenden Fällen – ohne Gesundheitsprüfung – in eine niedrigere Selbstbehaltstufe umstellen:

- Bei eigenem Statuswechsel von einer Selbständigkeit in den Arbeitnehmerstatus. Der Antrag auf Umstellung muss spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Eintritt des Statuswechsels bei uns vorliegen.
- Zum 1. Januar des sechsten Versicherungsjahres. Voraussetzung ist, dass die Versicherung bis zum Umstellungszeitpunkt fünf Versicherungsjahre ununterbrochen nach einem PremiumMed Tarif bestanden hat. Zeiten von Anwartschaftsversicherungen in diesen Tarifen zählen dabei als Versicherungszeit. Diese Umstellung kann nach jeweils weiteren fünf ununterbrochenen Versicherungsjahren erneut vorgenommen werden. Der Antrag auf Umstellung muss jeweils spätestens einen Monat vor dem Änderungszeitpunkt bei uns vorliegen.

Dabei rechnen wir die bis zum Wechsel erworbenen Rechte an. Für laufende Versicherungsfälle leisten wir ab Änderungstermin nach dem dann geltenden Tarif.

7.2 **Wechsel in gleichartige Vollkostentarife:**

Sie haben das Recht, den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz zu verlangen. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die im angestrebten Tarif beschriebene Versicherungsfähigkeit erfüllt. Dabei rechnen wir die bis zum Wechsel erworbenen Rechte an. Soweit der Versicherungsschutz in dem neuen Tarif höher oder umfassender ist, können wir einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Letzteren können Sie abwenden, indem Sie für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss mit uns vereinbaren. Wenn der neue Tarif Wartezeiten vorsieht, gelten diese für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. Der Wechsel in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig kalkuliert werden, ist ausgeschlossen. Der Wechsel in den branchenweit einheitlichen Notlagentarif ist ebenfalls ausgeschlossen.

7.3 **Umstellung in Teilkostentarife zur gesetzlichen Krankenversicherung:**

Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, gilt Folgendes: Sie können ihre Versicherung in für den Neuzugang geöffnete geschlechtsunabhängig kalkulierte Teilkostentarife zur gesetzlichen Krankenversicherung umstellen. Voraussetzung ist, dass die angestrebten Tarife die gleichen Leistungsbereiche wie der bisherige Tarif umfassen und die versicherte Person die im neuen Tarif beschriebene Versicherungsfähigkeit erfüllt. Soweit der Versicherungsschutz in dem neuen Tarif nicht höher oder umfassender ist, erfolgt die Umstellung ohne erneute Gesundheitsprüfung. Etwaige bestehende Vereinbarungen (z.B. für Risikozuschläge) werden dabei berücksichtigt. Für die Mehrleistungen können wir einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen. Wenn der neue Tarif Wartezeiten vorsieht, gelten diese für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Die Umstellung ist innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht zu beantragen. Der Versicherungsbeginn muss dabei dem Beginn der Versicherungspflicht entsprechen. Der Versicherungspflicht steht der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gleich.

7.4 **Wechsel in den Basistarif:**

Sie können für versicherte Personen die Umwandlung der Versicherung in einen gesetzlich vorgeschriebenen Grundschutz verlangen. Branchenweit einheitlich bieten wir hierfür den Basistarif an.

Der Basistarif hat einen gesetzlich begrenzten Höchstbeitrag. Der Versicherungsschutz ist vergleichbar mit demjenigen der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Umwandlung ist nur für Personen möglich, für die eine private Krankheitskostenvollversicherung besteht. Wir rechnen die bis zum Wechsel erworbenen Rechte an.

Die genauen Voraussetzungen für eine Umwandlung in diesen Tarif ergeben sich aus dem Gesetz. Bei Interesse können Sie uns unter der gebührenfreien Rufnummer **0800/3746 076** anrufen. Wir informieren Sie gern und senden Ihnen auf Wunsch entsprechende Informationen zu.

8. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag und welche Beendigungsgründe gibt es?

8.1 Der Versicherungsvertrag wird zunächst für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen und verlängert sich danach jeweils um ein weiteres Versicherungsjahr. Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt. Es endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre stimmen mit dem Kalenderjahr überein.

8.2 **Sie können den Versicherungsvertrag zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, nicht jedoch vor Ablauf der ersten zwei Versicherungsjahre, kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate. Sie können Ihre Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.**

8.3 **Bei einer Beitragserhöhung können Sie die Versicherung für die hiervon betroffenen Personen kündigen. Das gleiche Recht haben Sie, wenn sich die Versicherungsleistungen vermindern. Ihre Kündigung**

muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Die Kündigung wird dann zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung bzw. der Leistungsverminderung wirksam.

Folgende Fristen sind zu beachten: Erhöhen sich die Beiträge wegen Vollendung des 14. bzw. 19. Lebensjahres (vgl. Teil 2 Nr. 3.1), müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung kündigen. Erhöhen wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. Teil 2 Nr. 5), müssen Sie innerhalb von zwei Monaten nach Mitteilung über die Erhöhung kündigen. Dies gilt auch, wenn sich die Versicherungsleistungen wegen einer Änderung der AVB vermindern (vgl. Teil 2 Nr. 6.1).

8.4 **Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, gilt Folgendes: Sie können innerhalb von drei Monaten die Versicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Ihre Kündigung muss in Textform (z.B. Brief oder E-Mail) erfolgen. Den Eintritt der Versicherungspflicht müssen Sie uns nachweisen; die Frist hierzu beträgt zwei Monate. Andernfalls ist Ihre Kündigung unwirksam. Die Frist beginnt erst, wenn wir Sie zum Nachweis aufgefordert haben. Die Kündigung ist trotz Versäumung der Frist wirksam, wenn Sie dies nicht zu vertreten haben. Später können Sie die Versicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Uns steht der Beitrag 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.**

8.5 Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen.

8.6 Jede Kündigung des Tarifs PMN von Ihnen setzt voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Unternehmen eine neue Versicherung abgeschlossen wird. Diese muss den Anforderungen an die gesetzliche Pflicht zur Versicherung genügen und nahtlos an die bisherige Versicherung anknüpfen. Nur wenn Sie dies innerhalb von zwei Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung nachweisen, wird Ihre Kündigung wirksam. Die Kündigung für einzelne versicherte Personen ist außerdem nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass diese von der Kündigung erfahren haben. Liegt der Zeitpunkt, zu dem Sie die Kündigung ausgesprochen haben, mehr als zwei Monate nach Ihrer Kündigungserklärung, müssen Sie den Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbringen.

8.7 Bei Kündigung des Tarifs PMN und gleichzeitigem Abschluss einer neuen Versicherung bei einem anderen Unternehmen gilt Folgendes: Sie können verlangen, dass wir die Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des aufgebauten Übertragungswertes auf das andere Unternehmen übertragen. Der Übertragungswert bezieht sich auf den Teil der Versicherung, dessen Leistungen dem branchenweit einheitlichen Basistarif entsprechen. Voraussetzung für die Übertragung ist, dass die neue Versicherung eine substitutive Krankenversicherung ist. Eine solche liegt vor, wenn sie den gesetzlich vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ganz oder teilweise ersetzen kann.
Bei Beitragsrückständen können wir den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

8.8 Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen Staat außerhalb der Europäischen Union bzw. des Europäischen Wirtschaftsraums endet die Versicherung.

8.9 Der Versicherungsvertrag endet bei Ihrem Tod. Stirbt eine versicherte Person, endet deren Versicherung.

8.10 Endet der Versicherungsvertrag ganz oder teilweise durch Ihre Kündigung, können die versicherten Personen ihre Versicherung fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von zwei Monaten nach der Beendigung erfolgen. Das gleiche Recht haben die versicherten Personen, wenn der Versicherungsvertrag durch Ihren Tod endet.

Sie bzw. die versicherten Personen können darüber hinaus verlangen, dass wir eine gekündigte Versicherung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Dieses Recht besteht auch bei einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland. Eine Anwartschaftsversicherung erhält die erworbenen Rechte, bietet aber keinen Versicherungsschutz. Sie hat daher geringere Beiträge.

9. An wen können Sie sich bei Beschwerden bzw. für eine außergerichtliche Streitbeilegung wenden?

Wir nehmen am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt:

Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin,
www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann ist der außergerichtliche Streitschlichter für die Private Kranken- und Pflegeversicherung. Er nimmt zu Meinungsverschiedenheiten zwischen Versicherten und ihren Versicherungsunternehmen neutral und unabhängig Stellung. Seine Entscheidungen sind für beide Seiten nicht bindend.

Für Verbraucher gilt: Haben Sie den Vertrag elektronisch geschlossen (z.B. über eine Internetseite oder per E-Mail), können Sie sich bei Beschwerden auch an die Plattform zur Online-Streitbeilegung der Europäischen Union wenden. Diese finden Sie unter http://ec.europa.eu/consumers/odr/. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) - Sektor Versicherungsaufsicht. Die Adresse lautet:
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de
Auch an die BaFin können Sie Beschwerden richten.

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht Ihnen der Rechtsweg offen.

10. Welche Gerichte sind zuständig?

Meinungsverschiedenheiten können ggf. auch eine gerichtliche Klärung erfordern. Für Ihre Klagen gegen uns ist das Gericht an unserem Sitz in Köln oder das Gericht an Ihrem Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort zuständig. Für unsere Klagen gegen Sie ist das Gericht an Ihrem Wohnsitz zuständig. Haben Sie keinen ständigen Wohnsitz, können wir unsere Klage an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort einreichen.

Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, ist das Gericht an unserem Sitz in Köln zuständig. Dies gilt auch, wenn uns Ihr Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthaltsort im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.