

Vertragsgrundlage 334

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung 2008 Tarif Vision B

Seite 1 von 9

Aufnahmefähig sind aktive sowie pensionierte beihilfeberechtigte Beamte, Richter und Personen mit Anspruch auf freie Heilfürsorge. Berücksichtigungsfähige Familienangehörige und Lebenspartner können ebenfalls nach diesem

Tarif mitversichert werden.

Bitte beachten Sie, dass eine Versicherung nach den Tarifen BN 1 und 2 daneben weder abgeschlossen noch aufrecht erhalten werden kann.

Ihr Versicherungsschutz

Sie haben einen Versicherungsschutz mit umfassendem medizinischem Service gewählt. Auf Ihren Wunsch unterstützen wir Sie beispielsweise durch:

- allgemeine Gesundheitsberatung
- Beratung über Vorsorgeprogramme
- medizinische Informationen
- zahnmedizinische Informationen
- Vermittlung von Arzt zu Arzt Gesprächen
- Medikamentenberatung

- ärztliche Zweitmeinungen
 - Informationen zu geplanten Krankenhausaufenthalten
 - Adressen von Behandelnden
 - Terminvereinbarungen mit Behandelnden.
- Die medizinischen Serviceleistungen sind zentraler Bestandteil Ihres Versicherungsschutzes. Die weiteren Versicherungs- und Serviceleistungen werden nachfolgend näher beschrieben:

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Wir bieten im Versicherungsfall Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle, andere im Vertrag genannte Ereignisse und Dienstleistungen.
2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Hierzu zählen auch Untersuchungen und Behandlungen wegen einer Schwangerschaft, die Entbindung sowie ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen). Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungen nicht mehr erforderlich sind.
3. Der Umfang Ihres Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
4. Ihr Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Heilbehandlung in Europa. Er kann durch eine besondere Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. § 15 Abs. 2). Während der ersten zwei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere

- Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über diese Zeit hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.
- Der Versicherer geht frühestens nach Ablauf von 6 Monaten von einem nicht nur vorübergehenden Auslandsaufenthalt aus.
5. Verlegen Sie oder eine mitversicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so wird das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fortgesetzt, dass wir zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleiben, die bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen wären.
 6. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 12h Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG - siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

1. Ihr Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist das Zustandekommen des Vertrages. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

2. Neugeborene versichern wir wie geboren ohne Wartezeiten und Risikozuschläge ab Vollendung der Geburt, wenn zu diesem Zeitpunkt ein Elternteil mindestens drei Monate bei uns versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach der Entbindung rückwirkend zum Tag der Geburt erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

§ 3 Wartezeiten (leistungsfreie Zeit des Versicherers)

Wartezeiten bestehen nur bei nachträglichen Erhöhungen des Versicherungsschutzes und sind nur für die zusätzlichen oder höheren Leistungen zu erfüllen. Sie rechnen vom Beginn der Erhöhung an und betragen bei Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz, Kiefer-

orthopädie und funktionsanalytischer sowie funktionstherapeutischer Zahnbehandlung 8 Monate, ansonsten 3 Monate. Auf Grund besonderer Vereinbarung (bei ärztlicher Untersuchung) können sie entfallen.

§ 4 Informationen zum Leistungsumfang

1. Art und Höhe Ihrer Versicherungsleistungen ergeben sich aus § 4a.
2. Ihnen steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten, Zahnärzten, psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Hebammen und Heilpraktikern frei.
3. Arznei-, Verband-, Hilfs- und Heilmittel sowie physikalisch medizinische Behandlungen müssen Sie sich von den unter Abs. 2 genannten Behandelnden verordnen

- lassen. Arzneimittel können aus einer deutschen, europäischen oder außereuropäischen Apotheke bezogen werden.
4. Bei medizinisch notwendiger stationärer Behandlung können Sie unter den öffentlichen und zugelassenen privaten Krankenhäusern frei wählen, wenn diese weder Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen noch Leistungen zur Rehabilitation anbieten oder Rekonvaleszenz aufnehmen.



§ 4 Fortsetzung

5. Für Behandlungen in öffentlichen oder privaten Krankenhäusern, die auch Kuren und Sanatoriumsbehandlungen durchführen sowie Leistungen zur Rehabilitation anbieten oder Rekonvaleszente aufnehmen, leisten wir im Falle einer medizinisch notwendigen Weiterbehandlung im unmittelbaren Anschluss an die stationäre Behandlung nach
 - Herztransplantation,
 - Bypassoperation,
 - akutem Herzinfarkt und/oder Reinfarkt,
 - Bandscheibenoperation,
 - Gelenkersatzoperation,
 - Hirninfarkt und -blutung (Schlaganfall),
 - schweren Schädel- Hirnverletzungen,
 - Krebsoperation bzw. -bestrahlung,
 wenn die Anschlussheilbehandlung im unmittelbaren Anschluss an, spätestens aber innerhalb von 4 Wochen nach dem Ende der stationären Behandlung beginnt. Ferner leisten wir bei Aufnahme infolge Unfalles oder akuter Behandlungsbedürftigkeit. Bei medizinisch notwendiger stationärer Psychotherapie leisten wir, sofern wir vor Beginn der Behandlung Leistungen schriftlich zugesagt haben.
 Bei Tbc-Erkrankungen fällt auch die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien unter den Versicherungsschutz.
6. Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden sowie für Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wenden Behandelnde andere Methoden an oder verordnen andere Arzneimittel, dann leisten wir auch dafür, wenn sich diese Methoden oder Arzneimittel nach statistischen Methoden als erfolgversprechend erwiesen haben. Bei unheilbaren Krankheiten zahlen wir auch für solche, die auf einem nach medizinischen Erkenntnissen nachvollziehbaren Ansatz beruhen, der die prognostizierte Wirkweise der Behandlung auf das angestrebte Ziel wahrscheinlich macht.
7. Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, können Sie in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Wir erteilen Ihnen die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Wir gehen dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens bei uns. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch uns vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
8. Wir geben auf Verlangen von Ihnen oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die wir bei der Prüfung der Leistungspflicht eingeholt haben. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch Sie oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung von uns eingeholt, erstatten wir die entstandenen Kosten.
9. Digitale Gesundheitsanwendungen
 - a) Wir erstatten die Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen sofern
 - 1) es sich um zertifizierte Medizinprodukte handelt, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und
 - 2) die dazu bestimmt sind, die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten und Schwangerschaft oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen und
 - 3) diese im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) aufgeführt sind und
 - 4) diese von Ärzten, Zahnärzten oder psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten verordnet werden.
 Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für digitale Anwendungen, die die Voraussetzungen von Abs. 9 a) 1), 2) und 4) erfüllen und nur deshalb nicht im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) stehen, da ihre Risikoklasse diejenigen nach § 33a SGB V übersteigt.
 - b) Vereinbarungen über Vergütungsbeträge
 - 1) Hat der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen, so sind die dort vereinbarten Vergütungsbeträge erstattungsfähig. Sind höhere Aufwendungen erforderlich, weil die Anwendungen über Dritte bezogen werden, so sind die für diese zusätzlichen Aufwendungen zu zahlenden Erstattungen auf max. 30% der Vergütung nach Satz 1 begrenzt.
 - 2) Andernfalls sind die Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Anbieter als Vergütung von einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung gemäß § 134 SGB V verlangen kann. Im Übrigen gilt Abs. 9 b) 1) Satz 2 entsprechend.
 - 3) In allen anderen Fällen ist der tatsächliche Vergütungsbetrag erstattungsfähig.
 - 4) Unbeschadet der Regelungen in Abs. 9 b) 1) bis 3) ist der Versicherer berechtigt, die digitale Gesundheitsanwendung selbst zur Verfügung zu stellen. Der Versicherte ist nicht verpflichtet, die digitale Gesundheitsanwendung über den Versicherer zu beziehen.
 - c) Keine Erstattungspflicht besteht für Aufwendungen, die durch den Gebrauch von digitalen Gesundheitsanwendungen entstehen (z.B. Anschaffungskosten für Smartphone, PC; Unterhaltskosten wie etwa Stromkosten, Batterien).



§ 4a Art und Höhe Ihrer Versicherungsleistung

1. Allgemeines Tarifgruppen
 Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen entsprechend den versicherten Prozentsätzen:

| Tarifgruppe | Erstattungssatz Vorsorge, ambulante und zahnärztliche Behandlung | Erstattungssatz stationäre Behandlung |
|----------------|---|---|
| Vision B 15 | 15 % | 15 % |
| Vision B 20 15 | 20 % | 15 % |
| Vision B 20 | 20 % | 20 % |
| Vision B 25 15 | 25 % | 15 % |
| Vision B 25 | 25 % | 25 % |

| Tarifgruppe | Erstattungssatz Vorsorge, ambulante und zahnärztliche Behandlung | Erstattungssatz stationäre Behandlung |
|----------------|---|---|
| Vision B 30 15 | 30 % | 15 % |
| Vision B 30 | 30 % | 30 % |
| Vision B 35 20 | 35 % | 20 % |
| Vision B 35 | 35 % | 35 % |
| Vision B 40 25 | 40 % | 25 % |
| Vision B 40 | 40 % | 40 % |
| Vision B 45 30 | 45 % | 30 % |
| Vision B 45 | 45 % | 45 % |
| Vision B 50 35 | 50 % | 35 % |
| Vision B 50 | 50 % | 50 % |
| Vision B 50T | 50 % | 50 % |

§ 4a Fortsetzung

2. Vorsorge/Früherkennung**2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen:**

Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen ohne Altersbegrenzungen (vgl. § 1 Abs. 2).

Dies sind zur Zeit die folgenden Untersuchungen:

- Gesundheitsuntersuchungen, insbesondere zur Früherkennung von Herz- Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie der Zuckerkrankheit;
- Untersuchungen zur Früherkennung von Krebserkrankungen;
- bei Kindern bis zur Vollendung des sechsten Lebensjahres die Kosten für Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringfügigem Maße gefährden;

- bei Kindern und Jugendlichen die Aufwendungen für eine Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem vollendeten 13. und 14. Lebensjahr, wobei die Untersuchung auch bis zu 12 Monate vor und nach diesem Zeitintervall durchgeführt werden kann.

Werden die Vorsorgeuntersuchungen gesetzlich erweitert, werden sie automatisch Teil der Versicherungsleistungen.

Ferner Aufwendungen für

- nach der Gebührenordnung für Zahnärzte berechnete prophylaktische zahnärztliche Leistungen, namentlich die Erstellung eines Mundhygienestatus und Unterweisung zur effektiven Mundpflege, Kontrolle des Erfolges der Unterweisung und weitere Anleitung, lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz sowie die Versiegelung von kariesfreien Zahnfissuren mit aushärtenden Kunststoffen;

- Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommision des zuständigen Bundesinstitutes allein in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (also unabhängig von z.B. Beruf, Reisen, Freizeitgewohnheiten) für alle empfohlen werden.

Digitale Gesundheitsanwendungen:

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen.

Die digitalen Gesundheitsanwendungen werden denjenigen der oben genannten Leistungen zugerechnet (z. B. Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen), für die sie verordnet wurden.

Umfang und Höhe der Erstattung erfolgt nach Maßgabe der für die jeweilige Leistung geltenden tariflichen Regelungen.

2.2 Serviceleistungen

Unser medizinisches Serviceteam steht Ihnen bei Fragen zu Vorsorgeuntersuchungen jederzeit zur Verfügung.

3. Ambulante Heilbehandlung**3.1 Erstattungsfähige Aufwendungen:**

a) Sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen der Ärzte, Heilpraktiker und Hebammen, ambulante Operationen auch in Krankenhäusern, soweit die Kosten nach der geltenden Gebührenordnung berechnet sind. Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den dort jeweils geregelten Höchstsätzen.

Der Erstattung von Kosten für Behandlungen im Ausland werden die in dem jeweiligen Land geltenden Gebührenordnungen oder sonstige Preisverzeichnisse, preisliche Regelwerke oder Preislisten zu Grunde gelegt. Sind solche nicht vorhanden, erfolgt die Erstattung auf der Grundlage ortsüblicher oder, sofern nicht vorhanden, landesüblicher Preise. Die Einschränkung des § 1 Abs. 5 bleibt unberührt.

Psychotherapeutische Leistungen niedergelassener Ärzte mit psychotherapeutischer Facharztausbildung oder entsprechender Zusatzqualifikation, approbierter Psychologischer Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die in eigener Praxis tätig sind.

Erstattungsfähig sind je Behandlungsfall

- bis zur 30. Therapiesitzung 100 %
- ab der 31. Therapiesitzung 80 %

der Aufwendungen bis zu den Höchstsätzen der in Deutschland geltenden Gebührenordnung.

b) Ärztlich verordnete häusliche Grund- und Behandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung durch Pflegefachkräfte, mit denen die Pflegekassen entsprechende Versorgungsverträge geschlossen haben, wenn durch die häusliche Krankenpflege eine stationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird und kein Anspruch auf Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung wegen dauernder Pflegebedürftigkeit besteht. Erstattungsfähig sind für häusliche Grundpflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung Vergütungen bis max. 50 EUR täglich für höchstens 14 Tage je Behandlungsfall.

c) Arznei- und Verbandmittel

80 % der Kosten bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR pro Kalenderjahr und versicherter Person; danach sind die Aufwendungen zu 100 % erstattungsfähig. Bei Kindern und Jugendlichen werden bis zum Ablauf des Kalenderjahres, in dem das 20. Lebensjahr vollendet wird, 100 % der Kosten für Arznei- und Verbandmittel als erstattungsfähig zu Grunde gelegt. (Lifestyle-Produkte, wie z.B. Potenz-, Haarwuchs- oder Gewichtsreduktionspräparate, Nahr- und Stärkungsmittel, kosmetische Präparate u.ä. gelten selbst dann nicht als Arzneimittel, wenn sie ärztlich verordnet wurden). Benötigen Sie aufgrund einer chronischen Erkrankung über einen langen Zeitraum Medikamente, setzen Sie sich bitte mit unserem medizinischen Serviceteam in Verbindung. Dort erhalten Sie Informationen über die Möglichkeiten einer optimal wirksamen Medikation.

d) Heilmittel

Erstattungsfähig sind physikalisch-medizinische Behandlungen, wie

- Krankengymnastik,
- Massagen,
- Inhalationen,
- Wärme- und Kältebehandlung,
- Elektro- und Lichttherapie

- Ergotherapie und Logopädie (nicht jedoch Fitness und Wellnessanwendungen, sowie Thermal-, Sauna- und ähnliche Bäder) durch dazu aufgrund staatlich anerkannter Ausbildung qualifizierte Personen bis zur Höhe der nach den Beihilfevorschriften des Bundes beihilfefähigen Höchstsätze.

e) Sehhilfen (einschließlich Brillenfassungen):

- ab dem 15. Lebensjahr innerhalb von 3 Kalenderjahren bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 EUR,
- bis zum 15. Lebensjahr je Kalenderjahr bis zu einem Rechnungsbetrag von 100 EUR.

f) Hörgeräte innerhalb von 5 Kalenderjahren bis insgesamt 1.300 EUR pro Ohr.

g) Folgende abschließend aufgezählte Hilfsmittel:

- Sprechgeräte,
- Bruchbänder,
- orthopädische Einlagen,
- Zurichtungen an Konfektionsschuhen,
- orthopädische Schuhe (erstattungsfähig sind die einen Betrag von 50 EUR übersteigenden Aufwendungen),
- Kompressionsstrümpfe,
- Bandagen,
- Gipsliesgeschalen,
- Korrekturschienen,
- Leibbinden,
- Orthesen und Körperersatzstücke (z.B. Prothesen und Epithesen),
- elektronische Lesegeräte (bis max. 2.450 EUR)
- Perücken bis zu einem Betrag von 520 EUR, bei Folgen einer Chemotherapie sowie bei Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenzartikel, enterale Ernährung und Zubehör
- Infusions- und Inhalationsgeräte, Iontophoresegeräte, Gerinnungsmonitore (Coagu-Check), Herzschrittmacher, Blutzuckermessgeräte, Blutdruckmessgeräte,



§ 4a Fortsetzung

- Heimdialysegeräte, Allergiker-Bettwäsche (=Encasings bis max. 200 EUR je Kalenderjahr), Blindenstock, Anschaffung und Ausbildung eines Blindenhundes, jedoch nicht dessen Unterhalt.

Hilfsmittellieferung:

Wird ein Rollstuhl, Sauerstoffversorgung mit Sauerstoffkonzentrator, Flüssigsauerstoff, Flaschenversorgung, ein Schlafapnoegerät oder ein Herz- oder Atemmonitor verordnet, setzen Sie sich bitte mit uns in Verbindung. Die Versorgung mit diesen Hilfsmitteln organisieren wir für Sie und erstatten die Kosten zum vereinbarten Prozentsatz. Aufwendungen für eine von Ihnen selbst organisierte Versorgung sind bis zur Höhe der Kosten erstattungsfähig, die bei einer von uns übernommenen Versorgung entstanden wären.

Mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders kann der Versicherer, bei einer nicht nur vorübergehenden Veränderung der Preise der Hilfsmittel, für die Höchstpreise festgelegt sind, diese an die veränderten Verhältnisse anpassen.

h) Transportkosten

Fahrtkosten für den med. notwendigen Transport zu oder von der nächsterreichbaren geeigneten Heilbehandlung /Therapieeinrichtung erstatten wir bei - Unfall / Notfall, wenn für die Erstversorgung eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist, - Strahlentherapie / Chemotherapie bei onkologischen Grunderkrankungen, Nierendialyse und ambulanter Operation, wenn der Transport wegen ärztlich bestätigter Geh- oder Sehfähigkeit erforderlich wird.

i) Digitale Gesundheitsanwendungen

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen.

Die digitalen Gesundheitsanwendungen werden denjenigen Leistungen nach a) bis h) zugerechnet (z. B. psychotherapeutische Leistungen, physikalischmedizinische Behandlungen wie etwa Krankengymnastik), für die sie verordnet wurden.

Umfang und Höhe der Erstattung erfolgt nach Maßgabe der für die jeweilige Leistung geltenden tariflichen Regelungen. Betragsmäßige Höchstsätze für Heilmittel nach den Beihilfavorschriften des Bundes bleiben für digitale Gesundheitsanwendungen unberücksichtigt.

3.2 Serviceleistungen

Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, wir informieren Sie, insbesondere auch bei Notwendigkeit psychotherapeutischer Behandlung, über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandelnde und sind bei der Terminvereinbarung behilflich. Bei den Hilfsmitteln, die wir zur Verfügung stellen, organisieren wir darüber hinaus Ihre Versorgung.

4. Stationäre Heilbehandlung:

Planbare Krankenhausaufenthalte sind vorher anzuzeigen.

4.1 Bonusleistung:

Sie erhalten bei Krankenhausaufenthalten zusätzlich 15,00 EUR pro Tag ohne Kostennachweis für maximal 21 Tage, wenn Sie ein Krankenhaus aufsuchen, mit dem unser Unternehmen eine Kooperationsvereinbarung getroffen hat. Die Leistungen unserer Kooperationspartner beinhalten besondere Qualitätssicherungsmaßnahmen. Schließt unser Unternehmen weitere Kooperationsvereinbarungen, können diese in die Bonusleistung einbezogen werden. Wir werden Sie dann informieren.

4.2 Erstattungsfähige Aufwendungen:

a) Sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen im Zusammenhang mit einer teil- oder vollstationären Behandlung (medizinisch notwendige ambulante Vor- oder Nachuntersuchung eingeschlossen), allerdings ohne die Unterbringung in einem gesondert berechenbaren Zimmer oder die Inanspruchnahme eines Privat- arztes.

b) Medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen aus medizinischer Sicht geeigneten Krankenhaus oder einem Krankenhaus, mit dem wir eine Kooperationsvereinbarung haben.

c) Medizinisch notwendige Rücktransporte aus dem Ausland zu einem geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland bzw. in das Land in dem die versicherte Person ihren Wohnort oder in Ermangelung eines solchen ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat. Voraussetzung hierfür ist, dass Gefahr für Leib und Leben besteht, im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist und der Rücktransport deshalb ärztlich angeordnet wird.

4.3 Serviceleistung

Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an. Wir nennen Ihnen geeignete Krankenhäuser sowie unsere Kooperationspartner, informieren Sie über Behandlungsmethoden und holen für Sie eine ärztliche Zweitmeinung ein. Ist ein Rücktransport aus dem Ausland notwendig, organisieren wir diesen.

5. Zahnärztliche Heilbehandlung:

5.1 Erstattungsfähige Aufwendungen:

Folgende Aufwendungen für zahnärztliche Behandlungen sind bis zu den Höchstsätzen der in Deutschland geltenden Gebührenordnung erstattungsfähig; die gesondert berechnungsfähigen Aufwendungen für Material- und Laborkosten werden nach den in der Sachkostenliste II aufgeführten Leistungsinhalten und bis zu den dort genannten Höchstbeträgen übernommen

a) Zahnbehandlung einschließlich kieferorthopädischer Leistungen;

b) Zahnersatz, funktionsanalytische und funktions-therapeutische Behandlungen, wenn vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan eingereicht und von uns genehmigt wird.

Als Zahnersatz gelten prothetische Leistungen einschließlich der Versorgung mit Kronen jeder Art, Inlays, Onlays und gehämmerte Füllungen, Reparaturen, die Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen. Reichen Sie uns einen Heil- und Kostenplan nicht rechtzeitig zur Prüfung ein, wird der halbe Erstattungsprozentsatz zu Grunde gelegt.

c) Implantate:

Wenn vor Behandlungsbeginn ein Heil- und Kostenplan eingereicht und von uns genehmigt wird, zwei Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate)

- zur Versorgung einer Einzelzahnücke, wenn beide benachbarten Zähne intakt und nicht überkronungsbedürftig sind;

- zur Versorgung einer Freizahnücke, wenn mindestens die Zähne acht und sieben fehlen,

- zur Fixierung einer Totalprothese.

Mit besonderer Begründung bei Einzelzahnücken oder zur Fixierung einer Totalprothese sind die Aufwendungen für maximal 4 Implantate pro Kiefer (einschließlich bereits vorhandener Implantate) erstattungsfähig. Reichen Sie uns einen Heil- und Kostenplan nicht rechtzeitig zur Prüfung ein, wird der halbe Erstattungsprozentsatz zu Grunde gelegt.

d) Digitale Gesundheitsanwendungen

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen.

Die digitalen Gesundheitsanwendungen werden denjenigen Leistungen nach a) bis c) zugerechnet (z. B. Zahnbehandlung, Zahnersatz), für die sie verordnet wurden.

Umfang und Höhe der Erstattung erfolgt nach Maßgabe der für die jeweilige Leistung geltenden tariflichen Regelungen.



§ 4a Fortsetzung

Der Erstattung von Kosten für Behandlungen im Ausland inkl. Sachkosten werden die in dem jeweiligen Land bestehenden Gebührenordnungen oder sonstige Preisverzeichnisse, preisliche Regelwerke oder Preislisten zu Grunde gelegt. Sind solche nicht vorhanden, erfolgt die Erstattung auf der Grundlage ortsüblicher oder, sofern nicht vorhanden, landesüblicher Preise. Die Einschränkung des § 1 Abs. 5 bleibt unberührt.

5.2 Zahnstaffel:

- a) Bei zahnärztlicher Heilbehandlung aufgrund von Unfällen, schwerer nicht vermeidbarer Erkrankung des Kausystems oder schwerer Allgemeinerkrankung gibt es keine Begrenzung nach der Zahnstaffel.
- b) Mit Ausnahme der Aufwendungen für konservierende Zahnbehandlung und prophylaktische Leistungen,

sind ab Beginn der Versicherung nach diesem Tarif für

- Zahnersatz,
- Implantate
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Behandlungen sowie für
- Kieferorthopädie

in den ersten 24 Monaten Aufwendungen höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 1.000 EUR und in den ersten 48 Monaten insgesamt höchstens bis zu einem Rechnungsbetrag von 2.000 EUR erstattungsfähig.

5.3 Serviceleistung:

Rufen Sie unser medizinisches Serviceteam an, wir informieren Sie über Behandlungsmethoden, nennen Ihnen Behandelnde und sind bei der Terminvereinbarung behilflich.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht**1. Wir leisten nicht für**

a) Krankheiten, Krankheitsfolgen und Unfallfolgen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.

Abweichend hiervon wird Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfall oder Überführung im Todesfall, die durch Kriegsereignisse verursacht werden, für die erste Woche nach Kriegsbeginn dann gewährt, wenn ein Krieg oder Bürgerkrieg außerhalb Deutschlands unvorhersehbar eintritt und die versicherte Person sich bei Ausbruch der kriegerischen Ereignisse in diesem Land aufhält. Besteht für den Versicherten unter der Voraussetzung des Satz 2 unverschuldet nicht die Möglichkeit, das Aufenthaltsland in dem genannten Zeitraum zu verlassen, so wird der Versicherungsschutz so lange gewährt, bis der Versicherte aus dem Kriegsgebiet ausreisen kann.

Sofern zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles in dem Aufenthaltsland außerhalb der Bundesrepublik Deutschland keine kriegerischen Ereignisse mehr stattfinden, gewährt der Versicherer in Abweichung von Satz 1 ferner Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfallfolgen oder Überführung im Todesfall, die mittelbar durch Kriegsereignisse außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verursacht werden;

b) Entziehungsmaßnahmen und Entwöhnungsmaßnahmen. Bei erstmaliger stationärer Entziehung beteiligen wir uns im tariflichen Umfang an 80 % der Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen. Kosten für die Unterbringung in einem gesondert

berechenbaren Zimmer oder die Inanspruchnahme eines Privatarztes werden nicht erstattet;

c) vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten und Unfallfolgen;

d) Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;

e) Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden erstattet;

f) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so setzen wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herab.

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

3. Leistungen der gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, sowie Ansprüche auf eine gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge gehen unseren Leistungen vor. Wir sind daher nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser Vorleistung verbleiben.**4. Haben Sie oder die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Erstattung aller Verpflichteten zusammen die Aufwendungen nicht übersteigen.****§ 6 Auszahlungsverfahren**

1. Wir erstatten die Ihnen entstandenen Aufwendungen, wenn die zur Erstattung eingereichten Rechnungen einen Betrag von insgesamt 200 EUR übersteigen. Erreichen Ihre Aufwendungen diese Grenze innerhalb von 10 Monaten nicht, können Sie uns Ihre Belege ungeachtet der vorgenannten Grenze einreichen.
2. Benennen Sie eine mitversicherte Person widerruflich oder unwiderruflich als empfangsberechtigt für deren Versicherungsleistung, leisten wir an diese Person. Ihre Erklärung muss in Textform erfolgen. Andernfalls können

nur Sie als Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

3. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in unsere Landeswährung umgerechnet.

4. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können ohne unsere Zustimmung weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Ihre Pflichten als Versicherungsnehmer**§ 8 Beitragszahlung**

1. Der Versicherungsvertrag ist zunächst für die Dauer von zwei Versicherungsjahren abgeschlossen. Die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres gilt als erstes Versicherungsjahr. Das Versicherungsverhältnis verlängert sich jeweils stillschweigend um ein Kalenderjahr (Versicherungsjahr).
2. Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist am Ersten eines jeden Monats fällig. Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen. Beginn die Versicherung erst nach Ablauf dieser Frist, ist der erste Beitrag zum Versicherungsbeginn fällig.

3. Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass Sie oder die versicherte Person mindestens fünf Jahre nicht versichert war;



§ 8 Fortsetzung

Zeiten vor dem 01. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Sie können vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn unseren Interessen durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

4. Sind Sie bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnen wir Sie. Sie haben für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1% des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnen wir Sie unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 12h VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung. Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn Sie oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des über-

nächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem Sie oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 sind Sie oder die versicherte Person so zu stellen, wie Sie oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem Sie oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; wir können in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

5. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht uns für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht uns der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu.
6. Zahlen Sie Beiträge auf Grund einer besonderen Vereinbarung im Voraus, so erhalten Sie vom Bruttobeitrag einen Rabatt von 1% bei vierteljährlicher, 2% bei halbjährlicher und 3% bei jährlicher Zahlung.

§ 8a Beitragsberechnung

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.
2. Die Beiträge für den Neuzugang richten sich nach dem Geschlecht und dem Alter der versicherten Person bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter); dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge Geschlechtsunabhängig erhoben werden. Als Eintrittsalter gilt die Differenz zwischen dem Beginnjahr des jeweils versicherten Tarifs und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
3. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge Geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung

unserer Leistungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

4. Kinder, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 15. Lebensjahr vollendet haben, werden ab Beginn des folgenden Jahres in die ihrem Geschlecht entsprechende Beitragsgruppe für Jugendliche eingestuft. Jugendliche, die bei Ablauf eines Kalenderjahres das 20. Lebensjahr vollendet haben, werden ab Beginn des folgenden Jahres in die ihrem Geschlecht entsprechende Beitragsgruppe für Männer bzw. Frauen eingestuft.
5. Bei Beitragsänderungen können wir auch besonders vereinbarte Beitragszuschläge entsprechend ändern.
6. Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht uns für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für unseren Geschäftsbetrieb zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen. Ferner kann auch ein Leistungsausschluss vereinbart werden.

§ 8b Beitragsanpassung

1. Unsere Versicherungsleistungen, zu denen wir uns unseren Versicherungsnehmern - also auch Ihnen - gegenüber verpflichten, können sich durch steigende Behandlungskosten, eine häufigere Inanspruchnahme oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Wir vergleichen daher zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt die Gegenüberstellung der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5% können, bei einer Abweichung von mehr als 10% müssen alle Beiträge dieses Tarifs von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Ergibt der

Vergleich der Barwerte der erforderlichen und kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeit für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5%, müssen alle Beiträge dieses Tarifs von uns geprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein betragsmäßig festgelegter Selbstbehalt angepasst und ein vereinbarter Beitragszuschlag entsprechend geändert werden.

Im Zuge einer Beitragsanpassung wird auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 21 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.



| | | |
|---|---|--|
| § 8b Fortsetzung | 2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn wir in Übereinstimmung mit dem Treuhänder von einer vorübergehenden Änderung der Versicherungsleistungen ausgehen. | 3. Anpassungen nach Abs. 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf Ihre Benachrichtigung durch uns folgt. |
| § 9 Mitwirkungspflichten | <ol style="list-style-type: none"> Ein planbarer Krankenhausaufenthalt ist uns rechtzeitig vor Behandlungsbeginn anzuzeigen. Planbar sind alle Aufenthalte, die nicht aufgrund eines Unfalls oder einer sonstigen akuten Behandlungsnotwendigkeit angetreten werden. Benötigen Sie eine Dauermedikation, setzen Sie sich bitte unverzüglich mit unserem medizinischen Serviceteam in Verbindung, damit eine Beratung zur Optimierung Ihrer Arzneimittelversorgung erfolgen kann. Änderungen oder Wegfall Ihres Beihilfeanspruches zeigen Sie uns bitte unverzüglich an. Nur so kann Ihr Ver- | <p>sicherungsschutz rechtzeitig Ihren geänderten Bedürfnissen angepasst werden (vgl. § 20 Abs. 2 und 3).</p> <ol style="list-style-type: none"> Bitte beachten Sie, dass Sie und jede andere mitversicherte Person auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht dem Grunde und der Höhe nach erforderlich ist. Auf unseren Wunsch hin ist der Versicherte verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. |
| § 10 Folgen der Verletzung von Mitwirkungspflichten | Wenn Sie oder eine andere versicherte Person die in § 9 Abs. 4 und 5 beschriebenen Mitwirkungspflichten vorsätzlich verletzen, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Beruht die Verletzung auf grober Fahrlässigkeit, können wir unsere Leistung entsprechend der Schwere des Verschuldens herabsetzen. Außer bei | arglistiger Verletzung bleiben wir zur Leistung insoweit verpflichtet, als die Verletzung weder Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfalles noch Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der von uns zu erbringenden Leistungen gehabt hat. |
| § 11 Aufrechnung | Sie können gegenüber unseren Ansprüchen nur aufrechnen, soweit Ihre Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. | |

Gewinnbeteiligung

| | | |
|-----------------------------|---|---|
| § 12 Beitragsrückerstattung | <ol style="list-style-type: none"> Die Gewinnbeteiligung nehmen wir nach den gesetzlich vorgeschriebenen Grundsätzen vor, deren Einhaltung die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht überwacht. Die in die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung (RfB) eingestellten Mittel dürfen wir grundsätzlich nur für die Versicherungsnehmer verwenden. Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Regelungen kann dies geschehen durch Auszahlung an den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person, durch einmalige oder ratierte Gutschrift auf dem Beitrags- | <p>konto oder auf einem Vorsorgekonto, durch Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen. Wir bestimmen im Einvernehmen mit einem unabhängigen Treuhänder den jeweils zu verwendenden Betrag, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Gewinnverwendung.</p> <ol style="list-style-type: none"> Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir die RfB ausnahmsweise zur Abwendung eines Notstands heranziehen (§ 56 a VAG). |
|-----------------------------|---|---|

Ende der Versicherung

| | | |
|--|---|--|
| § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer | <ol style="list-style-type: none"> Sie können das Versicherungsverhältnis auch für einzelne Personen zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten, frühestens zum Ablauf des zweiten Versicherungsjahres schriftlich kündigen. Erhöht sich der Beitrag infolge einer besonderen Vereinbarung im Versicherungsvertrag (vgl. § 8 a Abs. 4), so können Sie das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt des In-Kraft-Tretens kündigen. Werden Sie oder eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung krankenversicherungspflichtig, können Sie das Versicherungsverhältnis binnen 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht rückwirkend zu diesem Ereignis kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten, nachdem wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben, nachweisen. Es sei denn, Sie weisen nach, dass Sie die Versäumung der Frist nicht zu vertreten haben. Danach ist eine Kündigung nur zum Ende des Monats möglich, in dem Sie den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Gleiches gilt für das Entstehen des gesetzlichen Anspruchs auf Familienversicherung oder eines nicht nur vorübergehenden Anspruchs auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis. Wenn wir die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (vgl. § 8 b Abs. 1) erhöhen oder unsere Leistungen im Rahmen einer Änderung der Bedingungen vermindern, können Sie die Versicherung für die hier von betroffenen Versicherten innerhalb von zwei | <p>Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung durch schriftliche Erklärung kündigen.</p> <ol style="list-style-type: none"> Für den Fall, dass wir eine Anfechtung, einen Rücktritt oder eine Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklären, können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung verlangen. Diese wird zum Ende des Monats wirksam, in dem unsere Erklärung Ihnen zugegangen ist, im Falle der Kündigung sofort. Kündigen Sie für andere Versicherte, ist es erforderlich, dass Sie uns nachweisen, dass der Versicherte von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat. Der Versicherte hat dann das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, wenn er uns dies innerhalb von zwei Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung mitteilt. Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4 und 5 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn Sie innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweisen, dass Sie bzw. die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden. |
|--|---|--|



| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| § 13 Fortsetzung | 8. Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG - siehe Anhang) können Sie verlangen, dass wir die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswert nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf | den neuen Versicherten übertragen. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge. 9. Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben Sie und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen. |
| § 14 Kündigung durch den Versicherten | In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§193 Abs. 3 VVG - siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht aus- | geschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaus-tagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben hiervon unberührt. |
| § 15 Sonstige Beendigungsgründe | 1. Wenn eine versicherte Person stirbt, endet das Versicherungsverhältnis für diese Person. Wenn der Versicherungsnehmer stirbt, haben die Versicherten das Recht, die Versicherung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen, sofern uns diese Erklärung innerhalb von zwei Monaten nach dessen Tod schriftlich zugeht; andernfalls endet das Versicherungsverhältnis mit dem Tod des Versicherungsnehmers. 2. Bei dauerhafter Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes einer versicherten Person in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten, endet für diese Person das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass wir eine | andere Vereinbarung treffen. In diesem Fall können wir einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Von einer nicht nur vorübergehenden Verlegung des Wohnsitzes oder gewöhnlichen Aufenthaltes gehen wir frühestens nach Ablauf von 6 Monaten seit Wegzug aus. Bei einer nur vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes kann das Versicherungsverhältnis der betroffenen Personen in eine Anwartschaftsversicherung umgewandelt werden, sofern Sie dies innerhalb von zwei Monaten nach dem Wegzug beantragen. |

Sonstige Bestimmungen

| | | |
|--|---|---|
| § 16 Willenserklärungen zum Versicherungsverhältnis | Ihre Willenserklärungen zum Versicherungsverhältnis erwarten wir, soweit nicht Textform vereinbart ist, in schriftlicher Form. | |
| § 17 Verjährung Gerichtsstand | 1. Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung fällig geworden ist. 2. Klagen gegen uns können bei dem für unseren Geschäftssitz zuständigen Gericht oder bei dem Gericht des Ortes geltend gemacht werden, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben. 3. Wir können Forderungen aus dem Versicherungsverhältnis bei dem Gericht des Ortes geltend machen, an dem Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt | in Deutschland haben. 4. Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, oder haben Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt bei Vertragsschluss in einem solchen Staat, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig. |
| § 18 Änderung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen | 1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Änderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderung überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt. | 2. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind Vertragsbestandteil. |
| § 19 Wechsel in den Standardtarif | Sie können jederzeit für sich oder eine versicherte Person den Wechsel in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie verlangen, wenn Sie, bzw. die versicherte Person die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a-2c SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen. Zur Gewährleistung der Beitragsgarantie wird ein in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegter Zu- | schlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf die Antragstellung folgt. Der vorige Absatz gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 geschlossene Verträge. |



| | | |
|----------------------------------|--|--|
| § 20 Tarif Vision B und Beihilfe | <p>1. Allgemeines Sie können sich und Ihre Angehörigen nur in den Tarifgruppen versichern, deren Erstattungsleistungen zusammen mit Beihilfeansprüchen für die versicherte Person in der Regel 100 % der Aufwendungen nicht überschreiten.</p> <p>2. Erhöhung des Beihilfeanspruchs Erhöht sich der Beihilfeanspruch für eine versicherte Person, werden wir den Versicherungsschutz auf Ihren Antrag hin im Rahmen der für den Neuzugang offenen Tarife mit vergleichbaren Leistungen anpassen. Die Herabsetzung erfolgt rückwirkend zum Änderungszeitpunkt, wenn die Änderung uns innerhalb von 6 Monaten nach In-Kraft-Treten der Änderung mitgeteilt wird. Informieren Sie uns später, werden wir den Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt des Zugangs der Mitteilung herabsetzen.</p> <p>3. Verringerung des Beihilfeanspruchs Vermindert sich der Beihilfeanspruch für eine versicherte Person oder entfällt er, werden wir auf Ihren Antrag hin eine entsprechende Erhöhung des Versicherungsschutzes im Rahmen der bestehenden Tarife vornehmen</p> | <p>Die Anpassung werden wir ohne erneute Risikoprüfung und Wartezeiten zum Zeitpunkt der Änderung vornehmen, wenn</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Antrag innerhalb von sechs Monaten nach In-Kraft-Treten der Änderung gestellt wird, - für die beantragten Leistungen bereits im Rahmen dieses Tarifs Leistungen vereinbart waren und - Sie den Versicherungsschutz nur soweit erhöhen wollen, dass dadurch die Minderung oder der Wegfall des Beihilfeanspruchs ausgeglichen wird (höchstens bis zur vollen Kostendeckung). <p>Informieren Sie uns später, werden wir den Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt des Zugangs der Mitteilung erhöhen. Im Übrigen gilt § 8 a Abs. 6 AVB.</p> <p>4. Tarifgruppe Vision B 50 T Die Versicherung in Tarif Vision B 50T wird bei Eintritt in den Ruhestand auf den Tarif Vision B 30 umgestellt, spätestens zum Ersten des folgenden Kalenderjahres, in dem der Versicherte die gesetzliche Altersgrenze für den Ruhestand erreicht. Die bisher erworbenen Rechte und die Alterungsrückstellung werden angerechnet.</p> |
| § 21 Wechsel in den Basistarif | <p>Sie können verlangen, dass versicherte Personen Ihres Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfsbedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf</p> | <p>eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfsbedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzung wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.</p> |

Stand: 01.2022

