

Antrag

Kundeninformationen und Versicherungsbedingungen

Die Gothaer Ergänzungsversicherungen

- **MediAmbulant**
- **MediClinic 1 / MediClinic 2**
- **MediClinic U**
- **MediDent**
- **MediProphy**
- **MediZ Basis**
- **MediZ Plus***
- **MediZ Premium**
- **K**
- **TG**

Stand: 01.2014

*KEZ

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

der Wunsch, ein gesundes und sicheres Leben zu führen, ist für die meisten von uns ein tiefes und verständliches Bedürfnis. Eine der Voraussetzungen dafür ist ein stabiler Rückhalt für unerwartete Ereignisse im Leben, z. B. durch eine gute Versicherung.

Auch in der Krankenversicherung wird individuelle Vorsorge immer wichtiger. Wir, die Gothaer Krankenversicherung, gehören als traditionelles Versicherungsunternehmen zu den größten privaten Krankenversicherungen in Deutschland.

Wir entwickeln intelligente Lösungen, die an die Erfordernisse des Gesundheitsmarktes angepasst sind. Als moderner Gesundheitsdienstleister reagieren wir auf das steigende Gesundheitsbewusstsein vieler Menschen mit innovativen Lösungen, die gesundheitsbewusstes Leben, aktive Vorsorge und Prävention fördern. Neben bedarfsgerechtem Versicherungsschutz bieten wir auch umfangreichen Service im Bereich der Gesundheitsberatung und bei der Unterstützung im Krankheitsfall. Für uns ist Versicherungsschutz mehr als reine Kostenerstattung!

Mit dieser Broschüre überreichen wir Ihnen alle wichtigen Informationen zu unseren individuellen Tariflösungen im Bereich der privaten Ergänzungsversicherung.

Bitte nehmen Sie sich genügend Zeit die Unterlagen durchzulesen. Ist Ihnen etwas unklar oder haben Sie sonst noch Fragen? Wenden Sie sich einfach an Ihren persönlichen Betreuer.

Wir freuen uns, Sie zukünftig als Kunde begrüßen zu dürfen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Gothaer Krankenversicherung AG

Inhalt dieser Broschüre:

• Produktinformationsblatt	4
• Ausfüllhilfe für den Antrag	9
• Antrag	11
• Allgemeine Kundeninformationen	13
• Dienstleisterliste	15
• Versicherungsbedingungen	16

Produktinformationsblatt zur Gothaer Ergänzungsversicherung

Vorbemerkung

Mit dem Produktinformationsblatt erhalten Sie einen kurzen Überblick über die Gothaer Ergänzungsversicherung.

Bitte beachten Sie: Diese Informationen sind nicht abschließend. Weitere wichtige Informationen entnehmen Sie den nachfolgenden Unterlagen

- Allgemeine Kundeninformationen
- Dienstleisterliste
- Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Die Art der Versicherung sowie die versicherten Risiken

Gothaer MediAmbulant

ist Ihre Ergänzungsversicherung für gesetzlich Versicherte, die Versicherungsschutz für ambulante Heilbehandlung bietet:

Im Bereich der ambulanten Heilbehandlung erstatten wir

- 100 % der gesetzlichen Zuzahlung für Arznei-, Verband-, Heil-, Hilfsmittel sowie für von der gesetzlichen Krankenversicherung genehmigte Fahrten zur / von der ambulanten Behandlung
- 100 % der Aufwendungen für Brillen und Kontaktlinsen bis 120 Euro pro Kalenderjahr
- 80 % der Aufwendungen für die Behandlung durch Heilpraktiker einschließlich verordnete Arzneimittel im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker sowie Naturheilverfahren durch Ärzte nach dem Hufelandverzeichnis bis zu einem Erstattungsbetrag von 1.000 Euro pro Kalenderjahr
- Garantierte Beitragsrückerstattung von bis zu 5 Monatsbeiträgen bei Leistungsfreiheit

Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs MediAmbulant entnehmen Sie dem Abschnitt "Tarifleistungen" Teil III der AVB. Die AVB des Tarifs MediAmbulant setzen sich wie folgt zusammen:

- Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
- Teil II Tarifbedingungen
- Teil III Tarif MediAmbulant

MediClinic 1

ist Ihre Ergänzungsversicherung für gesetzlich oder privat Versicherte, die Versicherungsschutz für stationäre Heilbehandlung bietet:

- 100 % der Aufwendungen für ein Einbett- oder Zweibettzimmer sowie gesondert berechnete privatärztliche Leistungen, auch über die Gebührenordnung hinaus, sofern eine gültige Honorarvereinbarung vorliegt; Ersatzkrankenhaustagegeld bei Nichtinanspruchnahme von ärztlichen Leistungen oder eines Einbettzimmers
- 100 % der Aufwendungen für gesondert berechnete privatärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen, die einen stationären Aufenthalt ersetzen, soweit die Aufwendungen die Vorleistungen einer privaten Krankheitskostenvollversicherung übersteigen und die – bei Vorlage einer gültigen Honorarvereinbarung – über den Rahmen der Gebührenordnung (d. h. über den 3,5-fachen Satz) hinaus in Rechnung gestellt werden, bzw. soweit die Aufwendungen die Kostenerstattung/Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen. In den erstattungsfähigen Aufwendungen sind die privatärztlichen Leistungen für Vor- und Abschlussuntersuchungen eingeschlossen, begrenzt auf drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor bzw. auf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach der ambulanten Operation.

Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs MediClinic 1 entnehmen Sie dem Abschnitt „Tarifleistungen“ Teil III der AVB. Die AVB des Tarifs MediClinic 1 setzen sich wie folgt zusammen:

- Teil I Musterbedingungen MB/KK 2009
- Teil II Tarifbedingungen
- Teil III Tarif MediClinic 1

MediClinic 2

ist Ihre Ergänzungsversicherung für gesetzlich oder privat Versicherte, die Versicherungsschutz für stationäre Heilbehandlung bietet:

- 100 % der Aufwendungen für ein Zweibettzimmer sowie gesondert berechnete privatärztliche Leistungen, auch über die Gebührenordnung hinaus, sofern eine gültige Honorarvereinbarung vorliegt; Ersatzkrankenhaustagegeld bei Nichtinanspruchnahme dieser versicherten Leistungen
- 100 % der Aufwendungen für ein Einbettzimmer sowie gesondert berechnete privatärztliche Leistungen, auch über die Gebührenordnung hinaus, sofern eine gültige Honorarvereinbarung vorliegt, bei Heilbehandlung aufgrund eines Unfalls
- 100 % der Aufwendungen für gesondert berechnete privatärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen, die einen stationären Aufenthalt ersetzen, soweit die Aufwendungen die Vorleistungen einer privaten Krankheitskostenvollversicherung übersteigen und die – bei Vorlage einer gültigen Honorarvereinbarung – über den Rahmen der Gebührenordnung (d. h. über den 3,5-fachen Satz) hinaus in Rechnung gestellt werden, bzw. soweit die Aufwendungen die Kostenerstattung / Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen. In den erstattungsfähigen Aufwendungen sind die privatärztlichen Leistungen für Vor- und Abschlussuntersuchungen eingeschlossen, begrenzt auf drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor bzw. auf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach der ambulanten Operation.

Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs MediClinic 2 entnehmen Sie dem Abschnitt „Tarifleistungen“ Teil III der AVB. Die AVB des Tarifs MediClinic 2 setzen sich wie folgt zusammen:

- Teil I Musterbedingungen MB / KK 2009
- Teil II Tarifbedingungen
- Teil III Tarif MediClinic 2

Gothaer MediClinic U ist Ihre Ergänzungsversicherung (ohne Alterungsrückstellung) für gesetzlich und privat Versicherte, die Versicherungsschutz für stationäre Heilbehandlung bei Unfällen bietet:

Stationäre Heilbehandlung

- 100 % für die Privatärztliche Behandlung
- 100 % für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer
- 100 % der gesetzlichen Zuzahlung bei stationärer Behandlung

Ambulante Operationen

- 100 % der Kosten für ambulante Operationen inklusive der Vor- und Nachbehandlung, wenn diese einen stationären Aufenthalt ersetzen

Den genauen Versicherungsumfang des Tarifs MediClinic U finden Sie in den beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung AB / KK Unfall 2009
- Teil II Tarif MediClinic U

Gothaer MediDent ist Ihre Ergänzungsversicherung für gesetzlich Versicherte, die Versicherungsschutz für zahnärztliche Heilbehandlung bietet:

MediDent sieht Leistungen für **Zahnersatz** (Brücken, Prothesen, Kronen, Inlays, bis zu vier Implantate je Kiefer, **funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen**), zugehörige Material- und Laborkosten sowie das Erstellen eines Heil- und Kostenplanes vor.

Erstattungsfähig sind unter Anrechnung der Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt:

- 100 % der Kosten, wenn ausschließlich eine Regelversorgung beansprucht wird.
- Sofern die Rechnung vollständig oder teilweise privat Zahnärztliche Honoraranteile enthält,
- 80 % der Kosten, wenn eine ununterbrochene zehnjährige Vorsorge nachgewiesen wird.
- 75 %, wenn eine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird.
- 70 %, wenn keine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird.

Die Erstattung erfolgt im Rahmen von Höchstsätzen in den ersten drei Versicherungsjahren von insgesamt:

750 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,
1.500 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren.

Die Höchstsätze entfallen bei Unfällen.

Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs MediDent entnehmen Sie dem Abschnitt "Tarifleistungen" Teil III der AVB. Die AVB des Tarifs MediDent setzen sich wie folgt zusammen:

- Teil I Musterbedingungen MB / KK 2009
- Teil II Tarifbedingungen
- Teil III Tarif MediDent

Gothaer MediProphy ist Ihre Ergänzungsversicherung für gesetzlich Versicherte, die Versicherungsschutz für zahnärztliche Heilbehandlung bietet:

- 100 % der nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnbehandlung (allgemeine, konservierende (Ausnahme Inlays und Kronen) und chirurgische Leistungen sowie Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums);
- 80 %, wenn keine Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung nachgewiesen wird.
- 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnprophylaxe (professionelle Zahnreinigung bis zu 100 EUR pro Kalenderjahr).
- Auf die Einhaltung der Wartezeiten wird verzichtet
- Kein Versicherungsschutz besteht für alle zahnärztlichen Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits angeraten, geplant oder begonnen worden sind.

Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs MediProphy entnehmen Sie dem Abschnitt "Tarifleistungen" Teil II der AVB. Die AVB des Tarifs MediProphy setzen sich wie folgt zusammen:

- Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung AB / KK 2009
- Teil II Tarif MediProphy

Gothaer MediZ Basis ist Ihre Ergänzungsversicherung für gesetzlich Versicherte, die Versicherungsschutz für zahnärztliche Heilbehandlung bietet:

MediZ Basis sieht Leistungen für **Zahnersatz** (Brücken, Prothesen, Kronen, Inlays, bis zu vier Implantate je Kiefer, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen), zugehörige Material- und Laborkosten sowie das Erstellen eines Heil- und Kostenplanes vor.

Erstattungsfähig sind unter Anrechnung der Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt:

- 100 % der Kosten, wenn ausschließlich eine Regelversorgung beansprucht wird.
- Sofern die Rechnung vollständig oder teilweise privat Zahnärztliche Honoraranteile enthält,
- 60 % der Kosten, wenn eine ununterbrochene zehnjährige Vorsorge nachgewiesen wird.
- 55 %, wenn eine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird.
- 50 %, wenn keine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird.

Die Erstattung erfolgt im Rahmen von Höchstsätzen in den ersten drei Versicherungsjahren von insgesamt:

300 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,

600 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren.

Die Höchstsätze entfallen bei Unfällen.

Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs MediZ Basis entnehmen Sie dem Abschnitt "Tarifleistungen" Teil II der AVB. Die AVB des Tarifs MediZ Basis setzen sich wie folgt zusammen:

- Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung AB/KK 2009
- Teil II Tarif MediZ Basis

Gothaer MediZ Plus* ist Ihre Ergänzungsversicherung für gesetzlich Versicherte, die Versicherungsschutz für zahnärztliche Heilbehandlung bietet:

MediZ Plus* sieht Leistungen für **Zahnersatz** (Brücken, Prothesen, Kronen, Inlays, bis zu vier Implantate je Kiefer, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen), zugehörige Material- und Laborkosten sowie das Erstellen eines Heil- und Kostenplanes vor.

Erstattungsfähig sind unter Anrechnung der Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt:

- 100 % der Kosten, wenn ausschließlich eine Regelversorgung beansprucht wird.
- Sofern die Rechnung vollständig oder teilweise privat Zahnärztliche Honoraranteile enthält,
- 80 % der Kosten, wenn eine ununterbrochene zehnjährige Vorsorge nachgewiesen wird.
- 75 %, wenn eine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird.
- 70 %, wenn keine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird.

Die Erstattung erfolgt im Rahmen von Höchstsätzen in den ersten drei Versicherungsjahren von insgesamt:

750 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,

1.500 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren.

Die Höchstsätze entfallen bei Unfällen.

Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs MediZ Plus* entnehmen Sie dem Abschnitt "Tarifleistungen" Teil II der AVB. Die AVB des Tarifs MediZ Plus* setzen sich wie folgt zusammen:

- Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung AB/KK 2009
- Teil II Tarif MediZ Plus*

*KEZ

Gothaer MediZ Premium ist Ihre Ergänzungsversicherung für gesetzlich Versicherte, die Versicherungsschutz für zahnärztliche Heilbehandlung bietet:

MediZ Premium sieht Leistungen für **Zahnersatz** (Brücken, Prothesen, Kronen, Inlays, Onlays, Veneers, keramische Verblendungen bis einschließlich Zahn 8, Implantate, augmentative Behandlung (Knochenaufbau), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen) und für **Kieferorthopädie** sowie für zugehörige Material- und Laborkosten und für das Erstellen eines Heil- und Kostenplanes vor.

Erstattungsfähig sind unter Anrechnung der Leistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt:

- 100 % der Kosten für Zahnersatz, wenn ausschließlich eine Regelversorgung beansprucht wird.
- 90 % für Zahnersatz im Rahmen privat Zahnärztlicher Versorgung, wenn in den vorangegangenen fünf Jahren eine ununterbrochene zahnärztliche Vorsorge nachgewiesen wird.
- 85 %, wenn keine ununterbrochene fünfjährige zahnärztliche Vorsorge nachgewiesen wird.

Wird eine dem Grunde nach zur Verfügung stehende Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht in Anspruch genommen (z. B. Arzt ohne Kassenzulassung wurde gewählt), werden die tariflichen Leistungen für Zahnersatz zur Hälfte erbracht.

Die Erstattung für Zahnersatz erfolgt im Rahmen von Höchstsätzen in den ersten vier Versicherungsjahren von insgesamt:

750 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,

1.500 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren,

2.250 Euro in den ersten vier Versicherungsjahren.

Die Höchstsätze entfallen bei Unfällen.

- 100 % der Kosten für eine erstmalige medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung, die vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wird.

Die Erstattung für Kieferorthopädie erfolgt im Rahmen von Höchstsätzen von insgesamt:
 200 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,
 300 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren,
 300 Euro pro Jahr ab dem vierten Versicherungsjahr,
 sofern die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistungen für eine kieferorthopädische Indikation erbringt.
 100 Euro in den ersten beiden Versicherungsjahren,
 150 Euro in den ersten drei Versicherungsjahren,
 150 Euro pro Jahr ab dem vierten Versicherungsjahr,
 sofern die gesetzliche Krankenversicherung Leistungen für eine kieferorthopädische Indikation erbringt.
 Den genauen Versicherungsumfang für alle Leistungen des Tarifs MediZ Premium entnehmen Sie dem Abschnitt "Tarifleistungen" Teil II der AVB. Die AVB des Tarifs MediZ Premium setzen sich wie folgt zusammen:

- Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung AB/KK 2009
- Teil II Tarif MediZ Premium

Gothaer K ist Ihre Krankenhaustagegeldversicherung, die Versicherungsschutz bei stationärer Heilbehandlung bietet:

- Individuelle Vereinbarung des Tagessatzes
- Auszahlung zur freien Verfügung, ohne Kostennachweis und steuerfrei

Den genauen Versicherungsumfang des Tarifs K finden Sie in den beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung:

- Teil I Musterbedingungen MB / KK 2009
- Teil II Tarifbedingungen
- Teil III Tarif K

Gothaer TG 6 ist Ihre Krankentagegeldversicherung, die Versicherungsschutz für Verdienstausschlag infolge von Krankheit oder Unfall bietet:

- Absicherung bis zur Höhe Ihres Nettoeinkommens möglich
- Anpassung bei steigendem Einkommen ohne Risikoprüfung möglich
- Leistung bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit
- Auszahlung auch für Sonn- und Feiertage

Den genauen Versicherungsumfang des Tarifs TG finden Sie in den beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung

- Teil I Musterbedingungen MB / KT 2009
- Teil II Tarifbedingungen
- Teil III Tarif TG

• **Risikoausschlüsse** Bitte beachten Sie den Abschnitt „Leistungsausschlüsse“. Eine Differenzierung zwischen Risiko- und Leistungsausschlüssen ist in der privaten Kranken- und Pflegepflichtversicherung nicht möglich.

Beitrag, Fälligkeit und Zahlungszeitraum Ihren Beitrag entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Antrag.
 Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden.
 Der Beitrag kann sich im Rahmen einer Gesundheitsprüfung noch ändern, sofern Tarife mit Gesundheitsprüfung beantragt werden. Hierauf weisen wir gesondert hin.
 Die **erste Beitragsrate** ist unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.
Folgende Beitragsraten sind jeweils am 1. eines Monats fällig.
 Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die Beitragszahlung endet mit dem Vertragsende.
 Weitere Einzelheiten entnehmen Sie den Abschnitten „Beitragszahlung“ und „Beitragsberechnung“ Teil I der AVB.

Beitragszahlung und Rechtsfolgen bei verspäteten oder unterbliebenen Zahlungen **Ihre Zahlung** des Erst- oder Einmalbeitrages **gilt als rechtzeitig**, wenn sie unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins erfolgt. Zahlungen von Folgebeiträgen, wenn sie jeweils zu den im Versicherungsschein genannten Fälligkeiten geleistet werden. Sofern Sie uns ein SEPA-Lastschrift-Mandat erteilen, gilt Ihre Zahlung jeweils als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum angegebenen Fälligkeitstag von uns eingezogen werden kann und Sie der berechtigten Einziehung nicht widersprechen. **Nicht rechtzeitige** Zahlung des Erst- oder Einmalbeitrages oder eines Folgebeitrages kann zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie dem Abschnitt „Beitragszahlung“ Teil I der AVB.

Leistungsausschlüsse **Kein Versicherungsschutz** besteht für Krankheiten und Unfälle sowie deren Folgen, die beispielsweise vorsätzlich verursacht wurden.
 Weitere Leistungsausschlüsse entnehmen Sie dem Abschnitt „Einschränkungen der Leistungspflicht“ Teil I der AVB.
 Weitere Einschränkungen unserer Leistungspflicht können sich im Rahmen der Gesundheitsprüfung ergeben, sofern Tarife mit Gesundheitsprüfung beantragt werden. Hierauf weisen wir gesondert hin.

Pflichten (Obliegenheiten)	<p>Bei Abschluss des Versicherungsvertrages, während der Vertragslaufzeit und bei Eintritt des Versicherungsfalles sind bestimmte Pflichten zu erfüllen.</p> <p>Fahrlässige oder vorsätzliche Pflichtverletzungen können uns berechtigen, vom Vertrag zurückzutreten oder den Vertrag zu kündigen.</p> <p>Einige Beispiele nennen wir Ihnen in diesem Produktinformationsblatt. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie den Abschnitten „Obliegenheiten“ und „Folgen von Obliegenheitsverletzungen“ Teil I der AVB.</p>
• bei Vertragsabschluss	<p>Sofern für den Abschluss des Versicherungsvertrages Gesundheitsfragen wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten sind, erfragen wir ausdrücklich schriftlich oder in Textform Ihren Gesundheitszustand. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.</p>
• während der Vertragslaufzeit	<p>Während der Vertragslaufzeit bestehen beispielsweise folgende Pflichten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bitte teilen Sie uns das Bestehen einer weiteren Krankenversicherung, auch einer gesetzlichen Krankenversicherung, unverzüglich mit. • Bitte beachten Sie, dass eine weitere Krankentagegeldversicherung oder Krankentagegeldversicherung nur mit unserer Einwilligung abgeschlossen werden darf. Die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Krankentagegeldversicherung bedarf ebenfalls unserer Einwilligung. • Sofern eine Krankentagegeldversicherung besteht, teilen Sie uns einen Berufswechsel oder eine Änderung der beruflichen Tätigkeit bitte unverzüglich mit.
• bei Eintritt des Versicherungsfalles	<p>Bei Eintritt des Versicherungsfalles sind insbesondere Sie verpflichtet, uns alle zur Feststellung des Leistungsfalls oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs notwendigen Auskünfte zu erteilen und Unterlagen zu überlassen. Bitte lassen Sie sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen, falls dies von uns als notwendig erachtet wird.</p>
Beginn und Ende des Versicherungsschutzes	<p>Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von bedingungsgemäßen Wartezeiten. Der Versicherungsschutz endet mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.</p> <p>Weitere Einzelheiten entnehmen Sie den Abschnitten „Beginn des Versicherungsschutzes“ und „Ende des Versicherungsschutzes“ Teil I der AVB.</p>
Hinweise zur Beendigung des Vertrages	<p>Der Vertrag endet durch Kündigung und in weiteren vertraglich vereinbarten Fällen.</p> <p>Weitere Einzelheiten entnehmen Sie dem Abschnitt „Ende der Versicherung“ Teil I der AVB.</p>

Ausfüllhilfe für den Antrag

Auf dieser Seite finden Sie einige Erläuterungen zu den im Antrag abgefragten Angaben. Selbstverständlich steht Ihnen bei Fragen auch Ihr persönlicher Berater zur Verfügung.

Bitte füllen Sie den Antrag gut leserlich (in Druckbuchstaben) aus. Damit wir Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die im Antrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht können Sie der Information auf der Antragsrückseite entnehmen.

Bestehende Versicherungsnummer Wenn Sie bereits Kunde der Gothaer Krankenversicherung sind, tragen Sie hier bitte die bereits bestehende Versicherungsnummer ein.

Abweichende Anschrift Wohnt die zu versichernde Person nicht im Haushalt des Versicherungsnehmers, benötigen wir zusätzlich immer die Anschrift der zu versichernden Person.

Tarifname Bitte tragen Sie die genaue Tarifbezeichnung und den jeweiligen Betrag ein. Bitte nutzen Sie pro Tarif jeweils eine Spalte. Bei einer Tagegeldversicherung benötigen wir zusätzlich die Angabe der Höhe des Tagegeldes.

Zahlweise Hier muss immer die Zahlweise angegeben werden. Bei fehlender Angabe wird bei einem monatlichen Beitrag über 10 Euro automatisch mit monatlicher Zahlweise poliziert. So werden Rückfragen und Verzögerungen vermieden.

Angaben zum Gesundheitszustand Alle Gesundheitsfragen müssen richtig und vollständig beantwortet werden. Bei dem geringsten Zweifel, ob etwas anzugeben ist oder nicht, gilt: Geben Sie vorsichtshalber immer alles an, auch wenn

- es bereits ausgeheilt ist
- es als unwesentlich empfunden wird
- es nicht als Krankheit betrachtet wird/wurde
- keine Behandlung stattgefunden hat
- nur Untersuchungen oder Tests durchgeführt wurden
- nur Arzneimittel (auch nicht ärztlich verordnete) eingenommen wurden

Bitte geben Sie auch alle weiteren Behandlungsmöglichkeiten und Kontrolluntersuchungen an. Nur so vermeiden Sie im Leistungsfall Rückfragen.

Sie müssen nicht für jeden Tarif alle Fragen beantworten. Der nachfolgenden Tabelle können Sie entnehmen, welche Fragen für die von Ihnen beantragten Tarife beantwortet werden müssen:

Antragsfragen										
Tarife: Ergänzung/Tagegeld	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
MediAmbulant	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
MediClinic 1 / MediClinic 2	x	x	x	x	x	x	x		x	
MediClinic U		Es müssen keine Gesundheitsfragen beantwortet werden.								
MediDent										x
MediProphy										x
MediZ Basis										x
MediZ Plus*										x
MediZ Premium										x
K	x	x	x	x	x	x	x		x	
TG	x	x	x	x	x	x	x		x	

*KEZ

Ergänzende Angaben zu den mit „Ja“ beantworteten Fragen Beantworten Sie die Gesundheitsfragen mit „ja“, müssen hier immer detaillierte Angaben gemacht werden. Bitte geben Sie

- die exakten Diagnosen (genaue Krankheitsbezeichnung),
- genaue Behandlungsdaten wie auch Untersuchungsergebnisse,
- den Arzneiname und die Dosis sowie
- Namen und Anschrift der Ärzte oder Angehörigen anderer Heilberufe an

Bitte vermeiden Sie Sammelbegriffe wie „Herzerkrankung“ oder „Unterleibsschmerzen“. Richtig wäre zum Beispiel „Herzrhythmusstörungen“ oder „Myom an der Gebärmutter“. Sind Sie unsicher, gibt Ihnen Ihr behandelnder Arzt sicherlich gerne Auskunft hierüber.

Reicht der Platz für die Angaben auf diesem Formular nicht aus, können Sie die weiteren Angaben auf einem gesonderten Formular (211377) machen. Fragen Sie hierzu bitte Ihren persönlichen Berater.

Bestehende und frühere Versicherungen Für die Antragsprüfung ist dieser Abschnitt wichtig. Daher müssen diese Angaben immer und vor allem vollständig gemacht werden. So vermeiden Sie Verzögerungen bei der Antragsbearbeitung aufgrund von Rückfragen.

Unterschriften Wichtig ist das Eintragen des Antragsdatums wie auch die Unterschrift aller Personen. Bitte lesen Sie, bevor Sie den Antrag unterschreiben, alle wichtigen Informationen in dieser Broschüre.

Zu beachten bei Faxanträgen Bitte fügen Sie bei Faxanträgen immer die Seiten „Wichtige Hinweise zur Anzeigepflicht“, „Erklärungen und wichtige Hinweise“ und „Hinweise zur Datenverarbeitung und zum Datenschutz“ hinzu.

(freiwillige
Angaben)

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Gothaer Krankenversicherung AG (kurz Gothaer) daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die Gothaer Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Die Gothaer benötigt Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei der Gothaer unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die Gothaer selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Gothaer (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten

Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Gothaer.

Ich willige ein, dass die Gothaer die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dieses zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Gothaer die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben. Die dazu erforderliche Einverständniserklärung wird im Einzelfall eingeholt.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten

Die Gothaer verpflichtet die unter 3.1 bis 3.4 genannten Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Gothaer benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die Gothaer meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Gothaer zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Gothaer tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Gothaer führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft unserer Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Gothaer Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Gothaer führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Gothaer erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.gothaer.de/datenschutz eingesehen oder bei info@gothaer.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Gothaer Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Gothaer meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Versicherer dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Gothaer Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Gothaer Ihren Versicherungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Gothaer aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risikoprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernehmen, können sie kontrollieren, ob die Gothaer das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die Gothaer unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Gothaer tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Gothaer gibt grundsätzlich keine Angabe zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen.

Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die Gothaer meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Gothaer Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Gothaer speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können bzw. selbst notwendige Anfragen an Mitglieder des PKV-Verbandes zu richten. Ihre Daten werden bei der Gothaer bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die Gothaer meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Schluss-erklärungen

Bitte überprüfen Sie Ihre Angaben und Erklärungen, die Sie oder der/die Vermittler/-in für Sie in diesem Antrag gemacht haben auf **Richtigkeit und Vollständigkeit. Beachten Sie** hierzu auch die **auf den folgenden Seiten** beschriebenen **„Erklärungen und wichtigen Hinweise“** sowie die **„wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht“**. Sie sind **wichtiger Bestandteil des Vertrages**. Ich mache mit meiner Unterschrift die „Erklärungen und wichtigen Hinweise“ sowie die „wichtigen Hinweise zur Anzeigepflicht“ **zum Inhalt dieses Antrags**.

Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist

Ich stimme zu, dass mein beantragter Versicherungsschutz – unter Berücksichtigung etwaiger tariflich vereinbarter Wartezeiten – **vor** Ablauf der Widerrufsfrist beginnt, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn).

Abweichend von den dem Versicherungsvertrag zugrundeliegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird der erste Beitrag mit Beginn des Versicherungsschutzes fällig.

Empfangsbekanntnis

Darüber hinaus bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich, rechtzeitig vor Abgabe dieses Antrages, die Kundeninformationen nach der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) und § 7 Versicherungsvertragsgesetz sowie die aktuellen Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife in der Broschüre 212306, Stand 01.2014, erhalten habe.

Unterschriften	Ort, Datum (immer angeben)	Antragsteller/Versicherungsnehmer	Zu versichernde Personen ab 16 Jahren (bei Minderjährigen zusätzlich gesetzl. Vertreter)
Vermittlerdaten	Vorname, Name, Telefon-/Faxnummer in Klarschrift/ggf. Stempel Original für Gothaer · 1. Durchschlag/Kopie für Vermittler · 2. Durchschlag/Kopie für Antragsteller/Versicherungsnehmer		Vermittler

SEPA-Lastschrift-Mandat



Antwort: Gothaer Krankenversicherung AG, 50598 Köln

Hinweise	Bitte alle Felder zur Zahlungsart und Kontoverbindung ausfüllen. Ihre Rechte zum SEPA-Lastschrift-Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das Sie von Ihrem Geldinstitut erhalten. Sie können innerhalb von 8 Wochen , beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen . Es gelten dabei die mit Ihrem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.	
Angaben zum Zahlungsempfänger	Gothaer Krankenversicherung AG Arnoldiplatz 1 50969 Köln	Gläubiger ID DE52ZZZ00000070522
Mandatsreferenz	Vom Zahlungsempfänger auszufüllen.	

Verwendungszweck	Versicherungsschein- / Antragsnummer des zugrunde liegenden Vertrages (falls bekannt)
	Ich ermächtige / Wir ermächtigen den oben genannten Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Geldinstitut an, die vom oben genannten Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Zugleich erkläre ich / erklären wir uns damit einverstanden, dass die Mindestfrist zur Vorab-Information einer SEPA-Basislastschrift (Pre-Notification) von 14 auf 5 Arbeitstage verkürzt wird.

Zahlungsart	<input type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung
-------------	--

Datum erster Einzug/ Gültig ab	
--------------------------------	--

Angaben zur Kontoverbindung des Zahlungspflichtigen	Name, Vorname		
	Straße und Hausnummer		
	Land	PLZ	Ort
	IBAN (Internationale Bankkontonummer)		
	BIC (Internationale Bankleitzahl des Geldinstituts)		Name des Geldinstituts

Ort, Datum und Unterschriften	Ort	Datum	Unterschrift des Zahlungspflichtigen	Unterschrift des 2. Zahlungspflichtigen
-------------------------------	-----	-------	--------------------------------------	---

Zur Information	Angaben zum Vertragsverhältnis zwischen Zahlungsempfänger und Zahlungspflichtigen.
-----------------	--

Bei abweichendem Beitragszahler	Name des Versicherungsnehmers	Dieses Feld nicht ausfüllen, falls Sie für sich selbst zahlen.
---------------------------------	-------------------------------	--

Vorvertragliche Anzeigepflichten	<p>Damit die Gothaer Krankenversicherung AG (kurz: Gothaer) Ihren Antrag ordnungsgemäß prüfen kann, ist es notwendig, dass Sie die im Antrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.</p> <p>Bestehende vorvertragliche Anzeigepflichten</p> <p>Sie sind gemäß § 19 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) verpflichtet, die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig zu beantworten und dabei auch von Ihnen für unwesentlich gehaltenen Erkrankungen, Unfallfolgen oder Beschwerden anzugeben.</p> <p>Wenn die Gothaer nach Ihrer Vertragserklärung aber vor Vertragsannahme in Textform erneut nach gefahrerheblichen Umständen fragt, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.</p> <p>Welche Folgen können eintreten, wenn eine Obliegenheit vor Vertragsschluss verletzt wird?</p> <p>Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Gothaer vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat die Gothaer kein Rücktrittsrecht, wenn sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.</p> <p>Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt die Gothaer den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt sie dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand – weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles – noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht – ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht der Gothaer der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.</p> <p>Kann die Gothaer nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann sie den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.</p> <p>Kann die Gothaer nicht zurücktreten oder kündigen, weil sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf ihr Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, steht der Gothaer das Recht zur Vertragsänderung nicht zu.</p> <p>Die Gothaer kann ihre Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem sie von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihr geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung ihrer Rechte hat sie die Umstände anzugeben, auf die sie ihre Erklärung stützt. Zur Begründung kann sie nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Die Gothaer kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte. Ihre Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von drei Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.</p> <p>Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte der Gothaer die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zu Last fällt.</p>
Mögliche Folgen	
• Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes	
• Kündigung	
• Vertragsänderung	
• Ausübung der Rechte	
• Stellvertretung durch eine andere Person	

Erklärungen und wichtige Hinweise

Verpflichtungen bis zur Annahme des Antrags	<p>Ich verpflichte mich, alle Heilbehandlungen (einschließlich Beratungen und Untersuchungen), alle Veränderungen im Gesundheitszustand, alle Veränderungen hinsichtlich der beruflichen Tätigkeit und /oder – sofern eine Krankentagegeldversicherung beantragt wird – eine Verminderung des Nettoeinkommens der zu versichernden Personen, die bis zur Annahme dieses Antrags eintreten, vollständig und wahrheitsgemäß anzugeben, sofern der Versicherer nach Antragstellung bis zur Zusendung des Versicherungsscheins erneut Fragen hiernach stellt.</p>
Antragsbindefrist	<p>An meinen Antrag bei der Gothaer Krankenversicherung AG, dessen Durchschrift mir nach meiner Unterschrift ausgehändigt wird, halte ich mich 6 Wochen gebunden, sofern ich ihn nicht nach Zugang des Versicherungsscheins innerhalb von 14 Tagen widerrufe. Die Frist beginnt mit dem Tag, an dem der Antrag unterschrieben ist. Sofern der Erlass von Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt wird, beginnt die Frist an dem Tage, an dem die Untersuchungsberichte dem Versicherer zugehen, spätestens aber am Tage nach Ablauf der Einreichfrist von 28 Tagen.</p>
Bei Anträgen auf Krankentagegeld	<p>Erklärungen zum Nettoeinkommen bei Anträgen auf Krankentagegeld:</p> <p>Ich bestätige, dass das beantragte Krankentagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen (Bruttoeinkommen ./. Steuern) nicht übersteigt.</p>
Änderung von Anschrift u. Namen	<p>Mir ist bekannt, dass Änderungen von Anschrift oder Namen des Versicherungsnehmers und/oder der versicherten Person/-en dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen sind.</p>
Zustandekommen des Vertrages	<p>Der Versicherungsvertrag kommt erst zustande, wenn vor Antragstellung die nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und der Informationspflichtenverordnung (VVG-InfoV) erforderlichen Unterlagen und Informationen übergeben worden sind und der Versicherungsnehmer nach Erhalt des Versicherungsscheins nicht innerhalb von 14 Tagen seine Vertragserklärung widerruft.</p>
Vertragsgrundlagen	<p>Die gegenseitigen Rechte und Pflichten richten sich nach diesem Antrag, von dem mir bei Antragstellung eine Durchschrift/Kopie ausgehändigt wird, und evtl. dazu abgegebenen schriftlichen Erklärungen, den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland sowie nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, einschließlich Tarifbeschreibung. Mündliche Nebenabreden sind ungültig.</p>
Widerrufsrecht	<p>Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln.</p> <p>Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/360 des von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Beitrags.</p> <p>Die Erstattung zurückzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.</p> <p>Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das Widerrufsrecht besteht nicht bei Verträgen mit einer Laufzeit von weniger als einem Monat. Soweit eine vorläufige Deckung erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.</p>
• Widerrufsfolgen	
• Besondere Hinweise	

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis der einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und der mit den zuständigen Aufsichtsbehörden abgestimmten Verhaltensregeln. Diese können Sie in der jeweils gültigen Fassung nachlesen unter www.gothaer.de/datenschutz.

Stammdaten von Antragstellern und Versicherten sowie Angaben über die Art der bestehenden Verträge werden zur zentralisierten Bearbeitung von bestimmten Verfahrensabschnitten im Geschäftsablauf (z.B. Telefonate, Post, Inkasso) in einem von Mitgliedern der Gothaer Konzerngruppe gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren erhoben, verarbeitet oder genutzt.

Eine Liste der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen können Sie in der jeweils gültigen Fassung nachlesen unter www.gothaer.de/datenschutz.

Dort finden Sie auch weitergehende Informationen zu Ihren Rechten.

Sie können beispielsweise Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten beantragen. Darüber hinaus können Sie die Berichtigung Ihrer Daten verlangen, wenn diese unrichtig oder unvollständig sind. Ansprüche auf Löschung oder Sperrung Ihrer Daten können bestehen, wenn deren Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung sich als unzulässig oder nicht mehr erforderlich erweist.

Informationen zur Antragstellung der Zahnergänzungstarife MediDent, MediProphy, MediZ Basis, MediZ Plus* und MediZ Premium

1. Versicherungsfähigkeit	Sie sind in den Zahnergänzungstarifen versicherungsfähig, wenn Ihnen bei Antragstellung maximal 3 Zähne fehlen, die noch nicht ersetzt sind. Entfernte Weisheitszähne, Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen, zählen nicht als fehlende Zähne. Bei 4 und mehr fehlenden, noch nicht ersetzten Zähnen können wir Ihnen leider keinen Versicherungsschutz anbieten. Kein Versicherungsschutz besteht für alle zahnärztlichen und kieferorthopädischen Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits angeraten, geplant oder begonnen worden sind.
2. Einschränkung des Leistungsumfanges bei fehlenden Zähnen in den Tarifen MediDent, MediZ Basis, MediZ Plus* und MediZ Premium	Fehlende, noch nicht ersetzte Zähne (außer Weisheitszähne und Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen) Kein oder 1 fehlender Zahn: Der Abschluss des Versicherungsvertrages erfolgt ohne besondere Vereinbarung. Sie haben Anspruch auf die tariflichen Leistungen, falls die medizinisch notwendigen zahnärztlichen Maßnahmen nach dem Vertragsabschluss erstmals angeraten und durchgeführt werden. 2 oder 3 fehlende Zähne: Der Abschluss des Versicherungsvertrages ist nur mit der folgenden besonderen Vereinbarung möglich: Die Kosten aller zahnärztlichen Maßnahmen, die erforderlich sind, um die bei Antragstellung fehlenden, noch nicht ersetzten Zähne (außer Weisheitszähne und Lückenschlüsse bzw. Milchzähne, die aufgrund des natürlichen Zahnwechsels aktuell fehlen) zu vergüten, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Für sonstige zahnärztliche Maßnahmen haben Sie Anspruch auf die tariflichen Leistungen, falls die medizinisch notwendigen zahnärztlichen Maßnahmen nach dem Vertragsabschluss erstmals angeraten und durchgeführt werden.

* KEZ

Information zum Versicherer

Gothaer Krankenversicherung AG

Aktiengesellschaft
Amtsgericht Köln, HRB 35505
DE122786611

Dr. Roland Schulz
Michael Kurtenbach
Dr. Mathias Bühring-Uhle
Dr. Karsten Eichmann
Harald Ingo Epple
Dr. Werner Görg
Jürgen Meisch
Dr. Hartmut Nickel-Waninger
Oliver Schoeller

Postanschrift

50598 Köln

Hausanschrift

Arnoldiplatz 1
50969 Köln

Direkter und indirekter Betrieb der privaten Krankenversicherung in allen ihren Arten und damit verbundenen Zusatzversicherungen.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Bereich Versicherungen
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

Ihre individuelle, persönliche und kompetente Beratung ist unser Ziel.

Sollten Sie dennoch einmal nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte an die gesetzlich vorgesehene Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten für die Private Kranken- und Pflegepflichtversicherung:

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Ihr Recht, unmittelbar den Rechtsweg zu beschreiten, wird durch die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen nicht berührt.

Zur Absicherung der Ansprüche aus dieser Versicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds bei der
Medicator AG
Bayenthalgürtel 26
50968 Köln

Die **wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung** wie Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Versicherungsleistungen **sowie den Gesamtbeitrag** (Gesamtbeitrag und eingerechnete Kosten) haben wir Ihnen bereits im Produktinformationsblatt und Antrag genannt.

- **Gültigkeitsdauer von Vorschlägen und sonstigen vorvertraglichen Angaben**

Grundsätzlich haben die Ihnen für den Abschluss eines Versicherungsvertrages zur Verfügung gestellten Informationen eine befristete Gültigkeitsdauer. Dies gilt sowohl bei unverbindlichen Werbemaßnahmen (Broschüren, Annoncen, etc.) als auch bei Vorschlägen und sonstigen Preisangaben.

Sofern in den Unterlagen keine Gültigkeitsdauer angegeben ist, halten wir uns an die gemachten Angaben vier Wochen gebunden. Danach unterbreiten wir Ihnen gerne einen neuen Vorschlag.

Sie sind an Ihren Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages sechs Wochen gebunden.

Grundsätzlich kommt der Versicherungsvertrag durch Ihre und unsere inhaltlich übereinstimmenden Vertragserklärungen (Willenserklärungen) zustande, wenn Sie Ihre Vertragserklärung nicht innerhalb von 14 Tagen widerrufen.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung **innerhalb von 14 Tagen** ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Telefax, E-Mail) **widerrufen**. Die **Frist beginnt, nachdem** Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: Gothaer Krankenversicherung AG, Arnoldiplatz 1, 50969 Köln.

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs **endet der Versicherungsschutz, und wir erstatten Ihnen** den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden **Teil der Beiträge**, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag um einen Betrag in Höhe von 1/360 des von Ihnen für ein Jahr zu zahlenden Beitrags. **Die Erstattung zurückzuzahlender Beiträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs.** Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. Das **Widerrufsrecht besteht nicht** bei Verträgen mit einer **Laufzeit von weniger als einem Monat**. Soweit eine **vorläufige Deckung** erteilt wurde, endet diese mit dem Zugang des Widerrufs bei uns.

- **Laufzeit des Vertrages** Die Vertragsdauer entnehmen Sie dem Produktinformationsblatt bzw. Antrag.
- **Beendigung des Vertrages** Einzelheiten entnehmen Sie dem Produktinformationsblatt und den Versicherungsbedingungen.
- **Vertragssprache** Sämtliche das Vertragsverhältnis betreffende Informationen und Kommunikation finden in deutscher Sprache statt. Im Einzelfall können andere Vereinbarungen getroffen werden.
- **Anwendbares Recht** Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.
- **Gerichtsstand** Ansprüche gegen den Versicherer können Sie bei dem Gericht am Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder vor dem Landgericht Köln (Sitz des Versicherers) geltend machen.

Dienstleisterliste

Konzerngesellschaften mit einer gemeinsamen Verarbeitung von Daten innerhalb der Unternehmensgruppe

Asstel Lebensversicherung AG	Janitos Versicherung AG
Asstel Sachversicherung AG	Gothaer Pensionskasse AG *
Asstel ProKunde Versicherungskonzepte GmbH	Gothaer Asset Management AG
Gothaer Allgemeine Versicherung AG *	Gothaer Risk-Management GmbH
Gothaer Finanzholding AG * (**)	Gothaer Invest- und Finanzservice GmbH
Gothaer Krankenversicherung AG * (**)	GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH
Gothaer Lebensversicherung AG *	GKC Gothaer Kunden-Service-Center GmbH
Gothaer Versicherungsbank VVaG *	Gothaer Systems GmbH

Gesellschaften, die Datenverarbeitung in Funktionsübertragung an Dienstleister oder im Auftrag erbringen

a) in Einzelnennung

Auftraggeber	Auftragnehmer	Hauptgegenstand des Auftrags	Gesundheitsdaten
Versicherungsgesellschaften (siehe *)	Alpha Com Deutschland GmbH	Postbearbeitung (Scannen)	ja
	Gothaer Systems GmbH	Rechenzentrum	ja
	GKC Gothaer Kunden-Service-Center GmbH [nicht für (**)]	Bestandsverwaltung	ja
	Roland Assistance GmbH	Telefonischer Kundendienst	teilweise ja
	Gothaer Finanzholding AG	Zahlungsverkehr (Inkasso), Recht, Beschwerdemanagement, Geldwäschebeauftragter, Datenschutz, IT-Sicherheit	teilweise ja
	Versicherungsgesellschaften (siehe*)	Betreuungs-, Verkaufsförderungs- und Steuerungsaktivitäten in den Vertriebswegen	teilweise ja
Gothaer Allgemeine Versicherung AG	Malteser Hilfsdienst gGmbH	Hilfs- und Pflegeleistungen	ja
	GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH	Schadenbearbeitung	teilweise ja
Gothaer Lebensversicherung AG	GBG Consulting für betriebliche Altersversorgung GmbH	Mathematische Gutachten	nein
	Pensus Pensionsmanagement GmbH	Pensionsmanagement	nein
	General Reinsurance AG	Leistungsbearbeitung	ja
Gothaer Krankenversicherung AG	COMPASS Private Pflegeberatung GmbH	Pflegeberatung	ja
	IMB Consult GmbH	Medizinische Dienstleistungen / Begutachtungsinstitut	ja
Gothaer Pensionskasse AG	Gothaer Lebensversicherung AG	Bestandsverwaltung / Leistungsbearbeitung	ja
	Pensus Pensionsmanagement GmbH	Pensionsmanagement	nein
	GBG Consulting für betriebliche Altersversorgung GmbH	Mathematische Gutachten	nein
Gothaer Versicherungsbank VVaG	GSC Gothaer Schaden-Service-Center GmbH	Schadenbearbeitung	nein
	Gothaer Allgemeine Versicherung AG	Bestandsverwaltung / Schadenbearbeitung	ja
	Gothaer Krankenversicherung AG	Leistungsbearbeitung	ja

b) Kategorien von Gesellschaften

Auftraggeber	Dienstleisterkategorie	Hauptgegenstand des Auftrags	Gesundheitsdaten
Versicherungsgesellschaften (siehe *)	Adressermittler	Adressprüfung	nein
	Gutachter	Antrags-/Leistungsprüfung	teilweise ja
	Rechtsanwälte	juristische Beratung	teilweise ja
	Servicekartenhersteller	Kundenkarten	nein
	Marktforschungsunternehmen	Marktforschung	nein
	Forderungsmanagement	Realisierung von Forderungen	nein
	Marketingagenturen / -provider	Marketingaktionen	nein
	Lettershop´s / Druckereien	Postsendungen / Newsletter	nein
	Archivierung	Archivierung von Akten	teilweise ja
	Assisteure	Assistanceleistungen	teilweise ja
	IT-Wartungsdienstleister	Wartung von Systemen / Anwendungen	teilweise ja
	Entsorger	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen	teilweise ja
Gothaer Allgemeine Versicherung AG	Werkstätten	Reparaturen	nein
	Rehadienste	Rehaassistance-Leistungen	ja
	Handwerker	Reparaturen und Sanierungen	nein
Gothaer Lebensversicherung AG	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	ja
	Rehadienste	Rehaassistance-Leistungen	ja
Gothaer Krankenversicherung AG	Anbieter medizinischer Produkte	Hilfsmittelversorgung	ja

(Stand: 08.2013)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AVB)

(Stand: 01.01.2014)

Teil I Musterbedingungen 2009 (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
 - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

1.1 Aufnahmefähig sind nur gesunde Personen, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsbereich des Versicherers haben. Personen mit Leiden oder Gebrechen können zu besonderen Bedingungen aufgenommen werden.

2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
3. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
4. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden. (Vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

4.1 Abweichend von Abs. 4 besteht Versicherungsschutz (vgl. § 2 Abs. 1, § 3) während der ersten sechs Monate des vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland. Muss ein vorübergehender Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über die ersten sechs Monate des Aufenthaltes hinaus ausgedehnt werden, besteht abweichend von Abs. 4 Satz 4 Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung der Gesundheit antreten kann.

5. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
6. Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten.

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 – s. Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

§ 2

Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- 2.1 Abweichend von Abs. 2 beginnt bei Neugeborenen der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne Einhaltung der Mindestversicherungszeit eines Elternteils von drei Monaten, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung des versicherten Elternteils die 20. Schwangerschaftswoche nicht vollendet war.
- 2.2 Bei Anmeldung eines Neugeborenen zur Versicherung nach Abs. 2 und Abs. 2.1 besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden und angeborene Krankheiten.
3. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3

Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
Sie entfällt
 - a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.
3. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- 3.1 Für Zahnbehandlung gilt abweichend von Abs. 3 nur die allgemeine Wartezeit von drei Monaten; für Zahnersatz und Kieferorthopädie gilt die besondere achtmonatige Wartezeit.
- 3.2 Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfall.
4. Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- 4.1 Die Wartezeiten können auf Antrag erlassen werden, wenn für die zu versichernden Personen ein ärztliches Zeugnis innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung vorgelegt wird. Der Versicherer stellt hierzu Vordrucke zur Verfügung. Die Zeugniskosten trägt der Antragsteller. Geht das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb der gesetzten Frist ein, gilt der Antrag für den Abschluß einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.
- 4.2 Die Wartezeiten entfallen in der Krankheitskostenversicherung, wenn diese beim Versicherer gleichzeitig für ambulante und stationäre Heilbehandlung abgeschlossen wird. Die Wartezeiten entfallen auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, wenn sie gleichzeitig zu einer Krankheitskostenversicherung abgeschlossen wird, für welche die Wartezeiten nach Satz 1 entfallen.
Dies gilt nicht, wenn die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nur eine bestehende gesetzliche Krankenversicherung ergänzt.
- 4.3 Nach Tarifwechsel aus einer beim Versicherer bestehenden Krankheitskostenversicherung gleicher Art gelten ohne Zurücklegung von Wartezeiten die Leistungen des neuen Tarifs. Im Zeitpunkt des Tarifwechsels noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle sind von den höheren Leistungen ausgeschlossen. Dies gilt nicht bei Umwandlungen gemäß § 1 Abs. 6, zu denen ein Risikozuschlag oder Leistungsausschluß vereinbart wurde.
5. Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
6. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
2. Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

- 2.1 Arztkosten sind innerhalb des Gebührenrahmens der in der Bundesrepublik gültigen Gebührenordnungen erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.
Heilpraktikerkosten sind im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.
- 2.2 Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlung durch approbierte und niedergelassene Behandelnde im Sinne des Psychotherapeutengesetzes sind im Rahmen der für diese geltenden gebührenrechtlichen Regelungen erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.
- 2.3 Die Leistungspflicht für gezielte Vorsorgeuntersuchungen erstreckt sich neben den gesetzlich eingeführten Programmen auf übliche Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung häufig vorkommender schwerer Erkrankungen (z. B. Diabetes, Krebs, Tuberkulose) ohne Altersbegrenzung.
- 2.4 Aufwendungen für ambulante Heilbehandlungen sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie von den in Abs. 4 genannten Krankenhäusern (Krankenhausambulanzen), oder medizinischen Versorgungszentren durchgeführt werden, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.
3. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- 3.1 Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mucoviscidose zu vermeiden.
- 3.2 Als Heilmittel gelten Maßnahmen der physikalischen Therapie (Massagen, Packungen, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Inhalationen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Hydrotherapie einschließlich medizinischer Bäder), Sprachtherapie (Logopädie) und Beschäftigungstherapie (Ergotherapie). Die Maßnahmen müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder staatlich geprüften Angehörigen von Heil- bzw. Heilhilfsberufen erbracht werden.
- 3.3 Hilfsmittel sind Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte, Sprechgeräte, Stützapparate, orthopädische Einlagen und Schuhe, Bandagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe und gegen Verunstaltung und Verkrüppelung ärztlich verordnete Körperersatzstücke, Krankenfahrstühle.
- 3.4 Im Rahmen der tariflichen Leistungen des Versicherers ist die Aufzählung der Hilfsmittel erweitert (vgl. Verzeichnis: Die Hilfsmittelversorgung des Versicherers im Rahmen des Hilfsmittelmanagements).
Vor Bezug der im Verzeichnis genannten Hilfsmittel (Kauf oder Anmietung) ist die ärztliche Verordnung beim Versicherer einzureichen. Nach Überprüfung und Feststellung seiner Leistungspflicht entscheidet der Versicherer unverzüglich, ob die Beschaffung über ihn erfolgt. Wird ein Hilfsmittel ohne Einschalten des Versicherers bezogen, ist der Versicherer berechtigt, seine tariflichen Leistungen auf den Betrag herabzusetzen, der bei einer im Rahmen des Hilfsmittelmanagements durchgeführten Versorgung entstanden wäre. Der Versicherer verzichtet auf die vorherige Einreichung der ärztlichen Verordnung, wenn sich die medizinische Notwendigkeit der Hilfsmittelversorgung im Rahmen einer Notfallbehandlung ergibt, die den unmittelbaren Bezug erforderlich macht.
4. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- 4.1 Als allgemeine Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) gelten tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungs- und Basispflegesatz), Fallpauschalen und Sonderentgelte. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten auch gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspflegers.
In Krankenhäusern, die nicht nach der BpflV abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie der Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspflegers.
- 4.2 Die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen für gesunde Neugeborene, soweit sie nicht mit dem der Mutter berechneten Pflegesatz abgegolten sind, werden für die Dauer des stationären Aufenthaltes der Wöchnerin erstattet, sofern die Anmeldung des Neugeborenen innerhalb von zwei Monaten seit der Geburt erfolgt und die Versicherung mit dem Tage der Geburt beginnt.
5. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

- 5.1 Abweichend von Abs. 5 wird sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:
- a) es sich um eine akute Notfalleinweisung handelt (z. B. Unfall, lebensbedrohlicher Krankheitszustand wie Herzinfarkt) oder
 - b) ausschließlich medizinisch notwendige Krankenhausbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder
 - c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Krankenhausbehandlungen dieser akuten Erkrankung begrenzt.
- 5.2 Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung (AHB) sind erstattungsfähig, wenn sich die Behandlung innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, anschließt. Für eine medizinisch notwendige AHB erteilt der Versicherer eine vorherige schriftliche Zusage, wenn eine der folgenden Erkrankungen (Diagnosen) vorliegt:
- Organtransplantation (Herz, Leber, Lunge, Niere, Bauchspeicheldrüse),
 - Schwere Herzoperation mit Herz- Lungenmaschine, schwerer Herzinfarkt, Herzklappen- /Bypassoperation, Operation am arteriellen Gefäßsystem,
 - Amputation (z. B. ganze Hand, Arm, ganzer Fuß, Bein),
 - Endoprothese (Hüfte, Knie, Schulter),
 - Umstellungsosteotomie (Hüfte, Knie),
 - Wirbelfrakturen und Wirbelsäulenoperationen,
 - Querschnittslähmung, Schlaganfall, Unfall mit schweren Schädel-/Hirnverletzung/- blutungen,
 - Krebsoperationen sowie Chemo-/Strahlentherapie.
- Bei Vorliegen der vorgenannten Diagnosen prüft der Versicherer auch für welche Dauer unter Berücksichtigung der Art und Schwere der Erkrankung eine vorherige schriftliche Zusage erteilt wird. Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger (vgl. auch § 5 Abs. 1 d), Abs. 1.2 und Abs. 3), so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.
6. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
7. Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
8. Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer 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. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.
9. Soweit der Tarif eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung vorsieht, reduziert sich diese im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns für jeden Kalendermonat, in dem die Versicherung nicht besteht, um ein Zwölftel des tariflichen Satzes. Im Kalenderjahr, in dem die Versicherung endet, mindert sich die Selbstbeteiligung nicht. Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifestufe mit niedrigerer betragsmäßig festgelegter Selbstbeteiligung gilt für die Erhöhung Satz 1 sinngemäß. Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifestufe mit höherer betragsmäßig festgelegter Selbstbeteiligung gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel die jeweils tariflich vereinbarte Selbstbeteiligung ungekürzt. Eine für das Kalenderjahr bereits getragene Selbstbeteiligung wird hierauf angerechnet.
10. Sofern der Tarif es vorsieht, kann für eine Entbindung anstelle der Kostenerstattung eine Pauschalleistung gewählt werden. Die Entbindungspauschale wird nicht auf die tarifliche Selbstbeteiligung angerechnet.
11. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Leistungen ausgeführt bzw. die Arzneien, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen worden sind.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht
- a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

- c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
- d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
- f) (entfallen);
- g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
- h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

1.1 Abweichend von Abs. 1 b) sind im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung bei einer erstmaligen stationären Entziehungsmaßnahme 80% der Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen erstattungsfähig, soweit es sich nicht um eine Rehabilitationsmaßnahme der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt.

1.2 Abweichend von Abs. 1 d) und Abs. 1 e) sind die Aufwendungen für ambulante Kurbehandlung sowie die in einem Heilbad oder Kurort entstandenen Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung erstattungsfähig.

Im Rahmen einer Krankheitskostenvollversicherung sind die während einer stationären Kur- oder Sanatoriumsbehandlung entstandenen Arzt-, Arznei- und Kurmittelkosten als ambulante Kurkosten im tariflichen Rahmen erstattungsfähig. Solche Versicherungsleistungen können erstmals für Behandlung nach dreijähriger Versicherungsdauer erbracht werden und danach im Abstand von jeweils drei Jahren.

Abs. 1 d) bleibt unberührt, soweit es sich um Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger handelt.

1.3 Für Kosten von kosmetischen Behandlungen und für Pflegepersonal besteht keine Leistungspflicht.

1.4 Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Erzeugnisse, für sanitäre Bedarfsartikel sowie die Beschaffung und Ausleihung von Heilapparaten fallen nicht unter den Versicherungsschutz; das gleiche gilt für Ersatzbatterien, Ladegeräte u. ä. von Hör- und Sprechgeräten.

1.5 Keine Leistungspflicht besteht bei Inanspruchnahme gewerblich betriebener privater Diagnostik Institute und -kliniken.

2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

2.1 Soweit es ohne Gefährdung der Gesundheit zulässig ist, muß der Behandelnde in der Sprechstunde aufgesucht werden, andernfalls sind die Mehrkosten nicht erstattungsfähig.

3. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

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

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

1.1 Die Kosten sind durch Urschriften der Rechnungen nachzuweisen. Diese müssen enthalten: Vor- und Zunahme der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Angabe der einzelnen Leistungen des Arztes mit Bezeichnung der betreffenden Behandlungsdaten und der Ziffern der Gebührenordnung, Pflegesätze, gegebenenfalls Wahlleistungszuschläge, Daten der Aufenthaltsdauer sowie Aufgliederung der Sachkosten.

Der Versicherer kann den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen.

1.2 Rechnungszweitschriften, die Erstattungsbescheinigungen einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung ausweisen, werden Urschriften gleichgestellt.

1.3 Für die Auszahlung von Krankenhaustagegeld genügt eine Bescheinigung des Krankenhausarztes mit Angabe des Namens der behandelten Person, Krankheitsbezeichnung sowie Dauer des Aufenthaltes.

2. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).

3. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

4. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

- 4.1 Als Kurs des Tages gilt der Euro-Referenzkurs der Europäischen Zentralbank. Für Währungen, für die die Europäische Zentralbank keinen Referenzkurs ermittelt, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch einen Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- 5. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- 5.1 Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein inländisches Konto und Kosten für Übersetzungen werden nicht abgezogen.
- 6. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- 6.1 Ist ein Krankenhausausweis (Card) ausgegeben worden, gilt dieses Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

- 1. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.
- 1.1 Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Jahres, in dem der Vertrag beginnt. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses durch Hinzunahme oder den Wechsel einer Tarifestufe sowie die nachträgliche Versicherung weiterer Personen haben keinen Einfluß auf das Versicherungsjahr. Der Versicherungsvertrag wird für die beiden ersten Versicherungsjahre fest abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht fristgemäß gekündigt wird.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- 1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
 - 1.1 Bei Jahreszahlung gewährt der Versicherer einen Nachlaß (Skonto) von 4% des Beitrages.
 - 1.2 Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 ist der Beitrag von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu entrichten.
 - 2. Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
 - 3. Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. 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 der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.
 - 4. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
 - 5. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
 - 6. Ist der Versicherungsnehmer 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, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe, mindestens 5 Euro je Mahnung, zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer 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) 2013 in der jeweils geltenden Fassung.
- Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer 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 übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer 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 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 12h VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer 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; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

7. Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

7.1 Der Versicherer ist berechtigt, die ihm entstandenen Mahnkosten geltend zu machen.

8. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer 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 auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
9. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

9.1 Der Versicherer kann mit dem Versicherungsnehmer das Ruhen der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag nach den ergänzenden Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung vereinbaren. Für die Dauer des Ruhens sind Anwartschaftsbeiträge zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) 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 der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
3. Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
4. Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b Beitragsanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.

1.1 Der für den Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen maßgebliche gesetzliche Satz beträgt 10 %. Eine Anpassung kann jedoch entsprechend den Regelungen von § 8b bereits dann erfolgen, wenn eine Abweichung von mehr als 5 % festgestellt wird.

Bei Tarifen, deren Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert sind (verpflichtend für Versicherungsverträge, die nach dem 20. Dezember 2012 abgeschlossen werden) beträgt der für den Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen maßgebliche Satz 5 %.

Der für den Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten maßgebliche gesetzliche Satz beträgt 5 %.

- 1.2 Die Höhe der Entbindungspauschale (§ 4 Abs. 8 AVB) sowie tariflich vereinbarte Höchstsätze und Ersatzleistungen für die Nichtinanspruchnahme versicherter Leistungen werden bei einer Beitragsanpassung überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders gegebenenfalls der Kostenentwicklung angepasst.

2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
3. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 8c Erfolgsabhängige Beitrags- rückerstattung

§ 8d Anwartschaft auf Beitrags- ermäßigung

Die Verwendung der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen sowie der Satzung.

Der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen werden zusätzlich Beträge nach Maßgabe von § 12a VAG jährlich gutgeschrieben. Dieser Teil der Deckungsrückstellung wird verwendet als künftige oder sofortige Beitragsermäßigung, insbesondere zur Vermeidung oder zur Begrenzung von Beitragserhöhungen im Alter.

§ 9 Obliegenheiten

1. Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

1.1 Auf die fristgemäße Anzeige einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet.

2. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
3. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
4. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
5. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
6. Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheits- verletzungen

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
2. Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhalten einer Frist auch kündigen.
3. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverlet- zungen bei Ansprüchen gegen Dritte

1. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
2. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
3. Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
4. Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
3. Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufge-

fordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

3.1 Versicherte Personen, die von ihrem Kündigungsrecht nach Abs. 3 Gebrauch machen, haben das Recht, den nicht durch die Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes in Krankheitskostenversicherungen des Versicherers, für die Versicherungsfähigkeit besteht, fortzuführen. Das Recht besteht nur, wenn der Antrag auf Fortsetzung gleichzeitig mit der Kündigung erklärt wird. Der Versicherungsschutz beginnt frühestens zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (vgl. § 8a Abs. 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden.

4. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
5. Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
6. Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
7. Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 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 der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass 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.
8. Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – s. Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG (s. Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

8.1 Bei einem vor dem 01. Januar 2009 abgeschlossenen Vertrag und späterem Wechsel in eine substitutive Krankenversicherung des Versicherers mit Übertragungswert, kann der Versicherungsnehmer bei Kündigung nur die Übertragung des nach diesem Wechsel aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe des § 12 Abs. 1 Nr. 5 VAG auf den neuen Versicherer verlangen, bei dem er gleichzeitig einen neuen substitutiven Vertrag abschließt.

9. Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
10. Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

10.1 Abweichend von Abs. 10 beträgt die Erklärungsfrist für die versicherten Personen drei Monate.

11. Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (s. Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.
- (2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Abs. 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

(2.1) Der Versicherer verzichtet auch bei einer Krankheitskostenteilversicherung und bei einer Krankenhaustagegeldversicherung, die zusammen mit einer Krankheitskostenteilversicherung besteht, auf sein ordentliches Kündigungsrecht.

- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15

Sonstige Beendigungsgründe

1. Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
2. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
3. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 16

Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17

Gerichtsstand

1. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
3. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung 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 Änderungen 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 auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen 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

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (s. Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.
- (2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20

Wechsel in den Basistarif

1. Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit 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 eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Verzeichnis:

Die Hilfsmittelversorgung des Versicherten im Rahmen des Hilfsmittelmanagement

Lebenserhaltende und -überwachende Hilfsmittel	Pulsoxymeter, Sauerstoffgeräte (Sauerstoffkonzentratoren, Druck- und Flüssiggassysteme), Baby-Überwachungsmonitore (Herz-/Atem-/Sauerstoffsättigungsüberwachung), Heimdialyse- und Beatmungsgeräte, Enterale Ernährung (Ernährungspumpen, Überleitsysteme, Nahrung)
Hilfsmittel für Kinder	Kindergehwagen, Reha-Karren/-Buggys, Sitzschalen/-systeme, Therapiestühle, behindertengerechte Zurüstungen für Drei-/Fahrräder, Spezial-Autokindersitze, soweit diese mit Mehrkosten gegenüber handelsüblichem Autokindersitz verbunden sind
Schlafapnoetherapie- und intermittierende Beatmungsgeräte	CPAP-/CPAP-Spezial-/BiLEVEL-Systeme
Messgeräte	Blutdruck-/Blutzucker-/Blutgerinnungs-Messgeräte mit Zubehör
Infusionshilfen	Spritzen, Pens, Insulinpumpen, Infusionspumpen
Absauggeräte	Sekret-Absauggeräte, Milchpumpen
Inhalationshilfen	Inhalationshilfen und -geräte
Elektronische Sehhilfen	Bildschirmlesegeräte
Blindenhilfsmittel	Blindenhund, Blindenstöcke, Blindenleitgeräte, Vorlesegeräte
Hörhilfen	implantierbare Hörhilfen, Tinnitus-Masker/-Noiser, drahtlose Übertragungsanlagen
Sitz- und Liegehilfen	Wechseldruckkissen/-matratzen und -systeme zur Dekubitus-Therapie
Gehhilfen	Hand-/Gehstöcke, Gehstützen, Gehgestelle, Rollatoren, Gehwagen
Kranken-/Behindertenfahrzeuge einschließlich Zubehör und Zurüstungen bei Rollstuhlpflichtigkeit	Elektrollstühle und Elektromobile, Rollstuhl-Zug-/Schubgeräte, Rollstuhlantriebe, Treppensteighilfen, Treppenraupen, Rampen
Hilfsmittel zur zeitlich begrenzten Unterstützung einer Behandlung/Therapie (Eigentherapie)	Apparate zur Kompressionstherapie, Bewegungsschienen, Iontophoresegeräte, Nerven- und Muskelstimulationsgeräte (TENS, EMS), Inkontinenz-Therapiegeräte (Beckenbodentraining)
Inkontinenzhilfen	Inkontinenzhilfen (ableitend)
Stomaartikel	Stoma- und Tracheostomaartikel
Pflegehilfsmittel (Sofern kein Leistungsanspruch aus der Pflegepflichtversicherung beim Versicherten gegeben ist)	Pflege-/Multifunktions-Rollstühle, Patientenlifter, Kranken-/Pflegebetten, Badewannenlifter, Badewannenbretter/-sitze/-griffe, Duschhocker/-sitze/-stühle, Toilettensitzerhöhungen, Toiletten-/Duschrollstühle

Anhang:

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14

Fälligkeit der Geldleistung

1. Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
2. Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
3. Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.
- .
- .
- .

§ 19

Anzeigepflicht

- .
- .
- .
2. Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- .
- .
- .

§ 28

Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- .
- .
- .

§ 37

Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38

Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 **Übergang von Ersatz-** **ansprüchen**

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 **Versicherte Person;** **Versicherungspflicht**

- .
- .
- (3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5 000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5 000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die
 1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
 2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
 3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetzes haben oder
 4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.
- .
- .
- .
- (6) Ist der Versicherungsnehmer in einer der Pflicht nach Absatz 3 genügenden Versicherung mit einem Betrag in Höhe von Prämienanteilen für zwei Monate im Rückstand, hat ihn der Versicherer zu mahnen. Ist der Rückstand zwei Wochen nach Zugang der Mahnung noch höher als der Prämienanteil für einen Monat, stellt der Versicherer das Ruhen der Leistungen fest. Das Ruhen tritt drei Tage nach Zugang dieser Mitteilung beim Versicherungsnehmer ein. Voraussetzung ist, dass der Versicherungsnehmer in der Mahnung nach Satz 1 auf diese Folge hingewiesen worden ist. Das Ruhen endet, wenn alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt sind oder wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinn des Zweiten oder Zwölften Buches Sozialgesetzbuch wird; die Hilfebedürftigkeit ist auf Antrag des Berechtigten vom zuständigen Träger nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch zu bescheinigen. Während der Ruhenszeit haftet der Versicherer ausschließlich für Aufwendungen, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Angaben zum Ruhen des Anspruchs kann der Versicherer auf einer elektronischen Gesundheitskarte nach § 291a Abs. 1a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vermerken. Darüber hinaus hat der Versicherungsnehmer für jeden angefangenen Monat des Rückstandes an Stelle von Verzugszinsen einen Säumniszuschlag von 1 vom Hundert des Beitragsrückstandes zu entrichten. Sind die ausstehenden Beitragsanteile, Säumniszuschläge und Beitreibungskosten nicht innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens vollständig bezahlt, so wird die Versicherung im Basistarif fortgesetzt. Satz 6 bleibt unberührt.

§ 195 **Versicherungsdauer**

- (1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.
- .
- .
- .

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 12 **Substitutive Kranken-** **versicherung**

- (1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

1. die Prämien auf versicherungsmathematischer Grundlage unter Zugrundelegung von Wahrscheinlichkeitstabellen und anderen einschlägigen statistischen Daten, insbesondere unter Berücksichtigung der maßgeblichen Annahmen zur Invaliditäts- und Krankheitsgefahr, zur Sterblichkeit, zur Alters- und Geschlechtsabhängigkeit des Risikos und zur Stornowahrscheinlichkeit und unter Berücksichtigung von Sicherheits- und sonstigen Zuschlägen sowie eines Rechnungszinses zu berechnen sind,
 2. die Alterungsrückstellung nach § 341f des Handelsgesetzbuchs zu bilden ist,
 3. in dem Versicherungsvertrag das ordentliche Kündigungsrecht des Versicherungsunternehmens, in der Krankentagegeldversicherung spätestens ab dem vierten Versicherungsjahr ausgeschlossen ist sowie eine Erhöhung der Prämien vorbehalten sein muß,
 4. dem Versicherungsnehmer in dem Versicherungsvertrag das Recht auf Vertragsänderungen durch Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus der Vertragslaufzeit erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung einzuräumen ist,
 5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des Absatzes 1a entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- (1a) Versicherungsunternehmen mit Sitz im Inland, welche die substitutive Krankenversicherung betreiben, haben einen branchenweit einheitlichen Basistarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen in Art, Umfang und Höhe den Leistungen nach dem Dritten Kapitel des Fünftens Buches Sozialgesetzbuch, auf die ein Anspruch besteht, jeweils vergleichbar sind. Der Basistarif muss Varianten vorsehen für
1. Kinder und Jugendliche; bei dieser Variante werden bis zum 21. Lebensjahr keine Alterungsrückstellungen gebildet;
 2. Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben sowie deren berücksichtigungsfähige Angehörige; bei dieser Variante sind die Vertragsleistungen auf die Ergänzung der Beihilfe beschränkt.

Den Versicherten muss die Möglichkeit eingeräumt werden, Selbstbehalte von 300, 600, 900 oder 1200 Euro zu vereinbaren und die Änderung der Selbstbehaltsstufe zum Ende des vertraglich vereinbarten Zeitraums unter Einhaltung einer Frist von drei Monaten zu verlangen. Die vertragliche Mindestbindungsfrist für Verträge mit Selbstbehalt im Basistarif beträgt drei Jahre. Für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte aus der Anwendung des durch den Beihilfegesetz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf die Werte 300, 600, 900 oder 1200 Euro. Der Abschluss ergänzender Krankheitskostenversicherungen ist zulässig.

§ 12h Notlagentarif

- (1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 12b Absatz 2 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendererstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.
- (2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 12 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 12 Absatz 1c Satz 1 bis 3 gilt entsprechend. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung SGB V

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte Abs. 2a

- (2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Januar 2009 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
 2. einen Basistarif im Sinne des § 12 Abs. 1a des Versicherungsaufsichtsgesetzes anbietet,
 3. soweit es über versicherte Personen im brancheneinheitlichen Standardtarif im Sinne von § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung verfügt, sich verpflichtet, die in § 257 Abs. 2a in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung in Bezug auf den Standardtarif genannten Pflichten einzuhalten,
 4. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
 5. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet,
 6. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

- § 1**
Form und Voraussetzungen
- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- .
. .
.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung (AVB)

(Stand: 01.01.2014)

Teil I

Musterbedingungen 2009 (MB/KT 2009)

Teil II

Tarifbedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.
2. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.
3. Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.
4. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
5. Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. 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.
6. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.
7. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.
8. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.

§ 2

Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 3

Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt bei Unfällen.
3. Die besonderen Wartezeiten betragen für Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
4. Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

- 4.1 Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung für die zu versichernden Personen auf seine Kosten ärztliche Zeugnisse über ihren Gesundheitszustand vorlegt. Den Umfang der ärztlichen Zeugnisse legt der Versicherer fest. Er stellt hierfür Vordrucke zur Verfügung. Wird die Frist überschritten, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.
- 4.2 Die Wartezeiten entfallen für eine Krankentagegeldversicherung, die gleichzeitig beim Versicherer zu einer Krankheitskostenversicherung für ambulante und stationäre Heilbehandlung abgeschlossen wird. Dies gilt nicht, wenn die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung nur eine bestehende gesetzliche Krankenversicherung ergänzt.
5. Personen, die aus der privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschieden sind, wird bis zur Höhe des bisherigen Krankentagegeld- oder Krankengeldanspruchs die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung zusammen mit einer Krankheitskostenversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- 5.1 Die Anrechnung der Vorversicherung auf die Wartezeiten bei Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, gilt abweichend von Abs. 5 für das volle versicherte Krankentagegeld, und zwar auch dann, wenn kein Krankengeldanspruch bestand. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus dem öffentlichen Dienst mit Anspruch auf Heilfürsorge.
6. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- 6.1 Soweit sich bei einer Vertragsänderung höhere Leistungen oder ein früherer Leistungsbeginn ergeben und § 4 Abs. 4.1 und 4.2 nicht zutreffen, gelten die Wartezeitbestimmungen sinngemäß.

§ 4 **Umfang der Leistungspflicht**

1. Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- 1.1 Das Krankentagegeld wird nur für die zurückliegende Zeit der nachgewiesenen Arbeitsunfähigkeit gezahlt.
- 1.2 Tritt innerhalb von 26 Wochen nach dem Ende eines Versicherungsfalls wegen derselben Krankheit oder Unfallfolgen erneut ein Versicherungsfall ein, werden die innerhalb der letzten 52 Wochen nachgewiesenen Tage der Arbeitsunfähigkeit wegen derselben Krankheit oder Unfallfolgen auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Tage angerechnet.
- 1.3 Berufsunfälle und Berufskrankheiten sind ohne Beitragszuschlag mitversichert.
2. Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.
- 2.1 Bei Arbeitnehmern ist für die Berechnung des Nettoeinkommens (Abs. 2) der Monat vor dem Beginn der Arbeitsunfähigkeit maßgebend.
3. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.
4. Erlangt der Versicherer davon Kenntnis, dass das Nettoeinkommen der versicherten Person unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Einkommens gesunken ist, so kann er ohne Unterschied, ob der Versicherungsfall bereits eingetreten ist oder nicht, das Krankentagegeld und den Beitrag mit Wirkung vom Beginn des zweiten Monats nach Kenntnis entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.
- 4.1 Erhöht sich das Nettoeinkommen oder ändert sich die Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung des Versicherungsschutzes (Erhöhung des versicherten Krankentagegeldes oder Wechsel der Tarifstufe). Dabei finden die Bestimmungen über eine Erhöhung des Versicherungsschutzes zwar grundsätzlich Anwendung. Die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung für die nach Beginn des geänderten Versicherungsschutzes eintretenden Versicherungsfälle gewährt, soweit hierfür im Rahmen des bereits bestehenden Tarifs Leistungspflicht besteht. Bisher besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.
- Die Vergünstigungen finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Anpassung des Versicherungsschutzes spätestens innerhalb von zwei Monaten nach Änderung des Nettoeinkommens und nur in diesem Umfang bzw. nach Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts und nur in entsprechendem Rahmen gestellt wird. Die Erhöhungsraten können auf 2,56 EUR aufgerundet werden. Bei Selbstständigen gilt als Stichtag für die Einkommenserhöhung der Tag, an dem der Versicherte die Einkommensteuererklärung, aus der die Änderung ersichtlich ist, beim Finanzamt eingereicht hat. Bei Arbeitnehmern gilt als Stichtag der 1. des Monats, in dem eine Gehaltserhöhung in Kraft tritt oder die Gehaltsfortzahlungsdauer sich ändert.
- Die Anpassung des Versicherungsschutzes kann nur zum 1. des Monats, in dem die Erhöhung des Nettoeinkommens oder die Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts in Kraft tritt, oder zum 1. des folgenden Monats beantragt werden und frühestens von dem Tage an beginnen, an dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Erhöhung des Nettoeinkommens bzw. die Änderung der Fortzahlungsdauer des Arbeitsentgelts ist nachzuweisen.

Hat der Versicherte auch Anspruch auf Krankengeld der gesetzlichen Krankenversicherung, so gilt die Regelung nur für den nicht gedeckten Teil des Nettoeinkommens.

- 4.2 Der Versicherer bietet dem Versicherungsnehmer in Zeitabständen von zwei Jahren die Möglichkeit einer Anpassung des für die versicherten Personen vereinbarten Krankentagegeldes an die allgemeine Einkommensentwicklung, sofern der Vertrag ein Krankentagegeld von 25,56 EUR oder mehr vorsieht, die Versicherung mehr als 12 Monate besteht und während der letzten 12 Monate nicht der individuellen Einkommenssituation angepasst wurde (z. B. entsprechend Abs. 4.1). Das Nettoeinkommen der versicherten Person darf hierbei nicht überschritten werden.

Die Anpassung kann nur auf einem durch den Versicherer versandten Formular beantragt werden. Das Antragsformular nennt dem Versicherungsnehmer die Höhe, bis zu der das Krankentagegeld angepasst werden kann, die Frist innerhalb der der Antrag beim Versicherer eingehen muss, sowie den Zeitpunkt, zu dem die Anpassung in Kraft tritt. Die erhöhten Leistungen gelten entsprechend Abs. 4.1 Satz 2 und 3 ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung; bisher besonders vereinbarte Beitragszuschläge werden im gleichen Verhältnis erhöht wie der Tarifbeitrag.

Die Einzelheiten der Anpassung und der allgemeinen Einkommensentwicklung werden jeweils dem Treuhänder gegenüber festgelegt. Die Anpassung kann mit Zustimmung des Treuhänders unterbleiben, wenn sich im beobachteten Zeitraum eine allgemeine Einkommenssteigerung von weniger als 10 % ergibt.

- 4.3 Die Bestimmung über die Herabsetzung des Versicherungsschutzes nach Abs. 4 gilt entsprechend, wenn der Versicherer Kenntnis davon erhält, dass abweichend von Abs. 2 bereits bei Vertragsabschluss oder der letzten Änderung des Versicherungsschutzes der versicherte Tagessatz zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das Nettoeinkommen der versicherten Person überstieg oder dies durch zwischenzeitliche Erhöhungen sonstiger Krankentage- und Krankengeldansprüche eingetreten ist.

5. Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.
6. Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
7. Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Partnerschaftsgesetz (s. Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweise der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

7.1 Der Versicherer kann verlangen, dass die Nachweise auf seinen Vordrucken erbracht werden.

8. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
9. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

9.1 Abweichend von Abs. 9 wird sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:

- a) es sich um eine akute Notfalleinweisung handelt (z. B. Unfall, lebensbedrohlicher Krankheitszustand wie Herzinfarkt) oder
- b) ausschließlich medizinisch notwendige Krankenhausbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder
- c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Krankenhausbehandlungen dieser akuten Erkrankung begrenzt.

10. Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht, für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b), eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer 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. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

1. Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit

- a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigungen anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuß bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind;
- d) ausschließlich wegen Schwangerschaft, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- e) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter d) genannten Ereignissen steht;
- f) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich – unbeschadet des Absatzes 2 – in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Abs. 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
- g) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht.

1.1 Abweichend von Abs. 1 c) besteht Leistungsanspruch bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheiten und Unfallfolgen, die auf eine durch Alkoholgenuss bedingte Bewusstseinsstörung zurückzuführen sind.

1.2 Abweichend von Abs. 1 d) besteht Leistungsanspruch für Zeiten außerhalb des Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz im tariflichen Umfang. Zeiten des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes werden auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Tage nicht angerechnet.

1.3 Abweichend von Abs. 1 g) wird Krankentagegeld gezahlt, wenn im Verlauf einer Arbeitsunfähigkeit eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung bzw. eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme erforderlich wird. Voraussetzung ist, dass der Versicherer vorher eine schriftliche Zusage gegeben hat. Dies gilt auch für Schonzeiten im Anschluss an eine Kur- oder Sanatoriumsbehandlung.

2. Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort – auch bei einem Krankenhausaufenthalt – besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- 1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- 2. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).
- 3. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- 4. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.
- 5. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungs- schutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis gemäß § 14 Abs. 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tage nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Abs. 1 Buchstabe a) oder b).

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- 1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzahlen bzw. zurückzahlen.
- 2. Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

2.1 Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit abgeschlossen; sofern er nicht gemäß § 13 oder § 14 schriftlich gekündigt wird.

2.2 Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Jahres, in dem der Vertrag beginnt.

Veränderungen des Versicherungsverhältnisses durch Hinzunahme oder den Wechsel einer Tarifstufe haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

2.3 Bei Jahreszahlung gewährt der Versicherer einen Nachlass (Skonto) von 4 % des Beitrages.

- 3. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
- 4. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

5. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

5.1 Der Versicherer ist berechtigt, die ihm entstandenen Mahnkosten geltend zu machen.

6. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer 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 auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
7. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a

Beitragsberechnung

1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
2. Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) 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 der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
3. Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
4. Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8b

Beitragsanpassung

1. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- 2.1 Der für den Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen maßgebliche gesetzliche Satz beträgt 10 %. Eine Anpassung kann jedoch entsprechend den Regelungen von § 8b bereits dann erfolgen, wenn eine Abweichung von mehr als 5 % festgestellt wird.
Bei Tarifen, deren Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert sind (verpflichtend für Versicherungsverträge, die nach dem 20. Dezember 2012 abgeschlossen werden) beträgt der für den Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen maßgebliche Satz 5 %.
Der für den Vergleich der erforderlichen mit den kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten maßgebliche gesetzliche Satz beträgt 5 %.
2. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
3. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 8c

Erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung

Die Verwendung der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung erfolgt nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen und der Satzung.

§ 9

Obliegenheiten

1. Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Abs. 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.
- 2.1 Die Arbeitsunfähigkeit ist spätestens am Tage des vereinbarten Leistungsbeginns anzuzeigen. Bei darüber hinaus andauernder Arbeitsunfähigkeit muss der Nachweis unaufgefordert alle zwei Wochen erneuert werden, sofern der Versicherer nicht andere Abstände nennt.
2. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- 2.1 Vor Auszahlung des Krankentagegeldes kann der Versicherer von den Versicherten den Einkommensnachweis fordern.

3. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
4. Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
5. Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.
6. Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
2. Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
3. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11

Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit oder der Eintritt der Berufsunfähigkeit (vgl. § 15 Abs. 1 Buchstabe b), einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 12

Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
3. Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes krankenversicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankentagegeldversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung nur zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer 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 aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
4. Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Abs. 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
5. Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
6. Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14

Kündigung durch den Versicherer

1. Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen, sofern kein gesetzlicher Anspruch auf einen Beitragszuschuss des Arbeitgebers besteht.

1.1 Bei Versicherungsverträgen mit einem vereinbarten Leistungsbeginn ab 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit oder später verzichtet der Versicherer auf das ordentliche Kündigungsrecht nach Abs. 1, wenn und solange der Versicherungsschutz eine ungekündigte Krankheitskostenvollversicherung umfasst.

2. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
3. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.

4. Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird. Das gilt nicht für den Fall des § 13 Abs. 3.

§ 15

Sonstige Beendigungsgründe

1. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen
 - a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;
 - b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit;
 - c) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (s. Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeldversicherung zu verlangen;
 - d) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;
 - e) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 8 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
1. Die versicherte Person hat abweichend von Buchstabe c) das Recht, das Versicherungsverhältnis so lange fortzusetzen, wie Einkommen aus einer beruflichen Tätigkeit bezogen wird.

Ziffer 1 gilt nicht für ab dem 01.01.2009 abgeschlossene Versicherungsverträge. Das Versicherungsverhältnis endet abweichend von Buchstabe c) spätestens mit Vollendung des 67. Lebensjahres, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.
2. Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeitsrente beendet – vgl. Buchstaben a) und b) –, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeitsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug der Berufsunfähigkeitsrente, bei erst späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Versicherungsnehmer das Recht, die Fortsetzung der Versicherung hinsichtlich der betroffenen versicherten Person in demselben oder einem anderen Krankentagegeldtarif zu verlangen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Der Versicherer kann diese Weiterversicherung von besonderen Vereinbarungen abhängig machen.
2. Der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen haben das Recht, einen von ihnen gekündigten oder einen wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit gemäß Abs. 1 Buchstabe b) beendeten Vertrag nach Maßgabe des Tarifs in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen, sofern mit einer Wiederaufnahme der Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 **Willenserklärungen und** **Anzeigen**

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 **Gerichtsstand**

1. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
3. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über dem Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 **Änderungen der Allgemeinen** **Versicherungsbedingungen**

1. Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung 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 Änderungen 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 auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen 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.

Anhang:

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 **Fälligkeit der Geldleistung**

1. Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
2. Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
3. Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.
- .
- .
- .

§ 19 **Anzeigepflicht**

- .
- .
- .
2. Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- .
- .
- .

§ 28 **Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit**

1. Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
2. Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er nur leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
3. Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
4. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- .
- .
- .

§ 37 **Zahlungsverzug bei Erstprämie**

1. Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
2. Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 **Zahlungsverzug bei Folgeprämie**

1. Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

2. Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
3. Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 196

Befristung der Krankentagegeldversicherung

1. Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.
2. Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
3. Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.
4. Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
 -
 -
 -
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung bei Unfall (AB/KK Unfall 2009)

(Stand: 01.01.2014)

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB/KK Unfall 2009)

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Unfallfolgen und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
 - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
2. Aufnahmefähig sind nur gesunde Personen, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsbereich des Versicherers haben.
3. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der stationären Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Als Versicherungsunfall gelten auch

 - a) Gesundheitsschädigungen, die der Versicherte bei der rechtmäßigen Verteidigung oder der Bemühung zur Rettung von Menschenleben oder Sachen erleidet.
 - b) Erfrierungen, Sonnenbrände und Sonnenstiche, die als Folge eines Unfalls auftreten.
 - c) Erhöhte Kraftanstrengungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule und wenn dadurch ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.
 - d) Gesundheitsschädigungen durch Einwirkung ausströmender Gase oder Dämpfe, wenn besondere Umstände den Versicherten dazu zwingen, sich diesen Einwirkungen mehrere Stunden lang auszusetzen, mit Ausnahme von Berufs- und Gewerbekrankheiten.
 - e) Tauchtypische Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung, ohne dass ein Unfallereignis, d. h. ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis, eingetreten sein muss.
 - f) Infektionen, bei denen aus der Krankheitsgeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch eine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch Einspritzen infektiöser Substanzen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind. Anhauchen, Anniesen oder Anhusten erfüllen den Tatbestand des Einspritzens nicht. Einer Infektion gleichgestellt sind Schutzimpfungen gegen Infektionen.
 - g) Gesundheitsschädigungen durch Röntgen- oder Laser- oder Maserstrahlen, aber auch Gesundheitsschädigungen durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen fallen unter den Versicherungsschutz, soweit sich diese Gesundheitsschädigungen als Unfälle darstellen. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen bleiben in diesem Zusammenhang Gesundheitsschädigungen, die sich als Folge regelmäßigen Hantierens mit strahlenerzeugenden Geräten darstellen und Berufs- bzw. Gewerbekrankheiten sind. Ferner bleiben vom Versicherungsschutz Gesundheitsschädigungen durch andere Strahlenarten und durch Kernenergie ausgeschlossen.
 - h) Die Folgen von Lebensmittelvergiftungen. Mitversichert sind Vergiftungen bei Kindern bis 14 Jahren infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
4. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB, Teil I), dem Tarif (Teil II) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
5. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 2). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.
6. Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, besteht abweichend von Abs. 5 Versicherungsschutz (vgl. § 2 Abs. 1, § 3) während der ersten sechs Monate des vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland. Muss ein vorübergehender Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über die ersten sechs Monate des Aufenthaltes hinaus ausgedehnt werden, besteht abweichend von Abs. 5 Satz 4 Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

7. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 2

Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes. Ist der Versicherungsschutz im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages abgeschlossen, bei dem eine Gesundheitsprüfung nicht durchgeführt wird, besteht abweichend von Abs. 1 für bereits vor Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag eingetretene Versicherungsfälle Versicherungsschutz ab dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns. Maßgeblich für die Prüfung der Leistungspflicht ist jeweils das Datum an dem eine Behandlung ausgeführt, bzw. Arzneien, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen worden sind.
2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt.
Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- 2.1 Abweichend von Abs. 2 beginnt bei Neugeborenen der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne Einhaltung der Mindestversicherungszeit eines Elternteils von drei Monaten, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung des versicherten Elternteils die 20. Schwangerschaftswoche nicht vollendet war.
3. Bei Anmeldung eines Neugeborenen zur Versicherung nach Abs. 2 und Abs. 2.1 besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden und angeborene Krankheiten.
4. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3

Wartezeiten

1. Der Versicherer verzichtet auf die Einhaltung von Wartezeiten.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB, Teil I) und dem Tarif (AVB, Teil II).
Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Leistungen ausgeführt bzw. die Arzneien, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen worden sind.
2. Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
3. Arztkosten sind innerhalb des Gebührenrahmens der in der Bundesrepublik gültigen Gebührenordnungen erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.
Heilpraktikerkosten sind im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.
4. Aufwendungen für ambulante Heilbehandlungen sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie von den in Abs. 9 genannten Krankenhäusern (Krankenhausambulanzen), oder medizinischen Versorgungszentren durchgeführt werden, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.
5. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
6. Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, die sich in Folge eines Unfalls einstellen können, zu vermeiden.
7. Als Heilmittel gelten Maßnahmen der physikalischen Therapie (Massagen, Packungen, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Inhalationen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Hydrotherapie einschließlich medizinischer Bäder), Sprachtherapie (Logopädie) und Beschäftigungstherapie (Ergotherapie). Die Maßnahmen müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder staatlich geprüften Angehörigen von Heil- bzw. Heilhilfsberufen erbracht werden.
8. Hilfsmittel sind Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte, Sprechgeräte, Stützapparate, orthopädische Einlagen, Schuhe, Bandagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, gegen Verunstaltung und Verkrüppelung ärztlich verordnete Körperersatzstücke und Krankenfahrstühle.
- 8.1 Im Rahmen der tariflichen Leistungen des Versicherers ist die Aufzählung der Hilfsmittel erweitert (vgl. Verzeichnis: Die Hilfsmittelversorgung des Versicherers im Rahmen des Hilfsmittelmanagements).
Vor Bezug der im Verzeichnis genannten Hilfsmittel (Kauf oder Anmietung) ist die ärztliche Verordnung beim Versicherer einzureichen. Nach Überprüfung und Feststellung seiner Leistungspflicht entscheidet der Versicherer unverzüglich, ob die Beschaffung über ihn erfolgt. Wird ein Hilfsmittel ohne Einschalten des Versicherers bezogen, ist der Versicherer berechtigt, seine tariflichen Leistungen auf den Betrag herabzusetzen, der bei einer im Rahmen des Hilfsmittelmanagements durchgeführten Versorgung entstanden wäre.

Der Versicherer verzichtet auf die vorherige Einreichung der ärztlichen Verordnung, wenn sich die medizinische Notwendigkeit der Hilfsmittelversorgung im Rahmen einer Notfallbehandlung ergibt, die den unmittelbaren Bezug erforderlich macht.

9. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
10. Als allgemeine Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPFV) gelten tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungs- und Basispflegesatz), Fallpauschalen und Sonderentgelte. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten auch gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspflegers.

In Krankenhäusern, die nicht nach der BPFV abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie der Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspflegers.

11. Die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen für gesunde Neugeborene, soweit sie nicht mit dem der Mutter berechneten Pflegesatz abgegolten sind, werden für die Dauer des stationären Aufenthaltes der Wöchnerin erstattet, sofern die Anmeldung des Neugeborenen innerhalb von zwei Monaten seit der Geburt erfolgt und die Versicherung mit dem Tage der Geburt beginnt.
12. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 9, 10 und 11 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- 12.1 Abweichend von Abs. 12 wird sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:
 - a) es sich um eine akute Notfalleinweisung handelt (z. B. Unfall, lebensbedrohlicher Krankheitszustand wie Herzinfarkt) oder
 - b) ausschließlich medizinisch notwendige Krankenhausbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten, oder
 - c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Krankenhausbehandlungen dieser akuten Erkrankung begrenzt.

- 12.2 Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung (AHB) sind erstattungsfähig, wenn sich die Behandlung innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, anschließt. Für eine medizinisch notwendige AHB erteilt der Versicherer eine vorherige schriftliche Zusage, wenn eine der folgenden Erkrankungen (Diagnosen) vorliegt:

- Organtransplantation (Herz, Leber, Lunge, Niere, Bauchspeicheldrüse),
- Schwere Herzoperation mit Herz- Lungenmaschine, schwerer Herzinfarkt, Herzklappen- /Bypassoperation, Operation am arteriellen Gefäßsystem,
- Amputation (z. B. ganze Hand, Arm, ganzer Fuß, Bein),
- Endoprothese (Hüfte, Knie, Schulter),
- Umstellungsosteotomie (Hüfte, Knie),
- Wirbelfrakturen und Wirbelsäulenoperationen,
- Querschnittslähmung, Schlaganfall, Unfall mit schweren Schädel-/Hirnverletzung/-blutungen,
- Krebsoperationen sowie Chemo-/Strahlentherapie.

Bei Vorliegen der vorgenannten Diagnosen prüft der Versicherer auch für welche Dauer unter Berücksichtigung der Art und Schwere der Erkrankung eine vorherige schriftliche Zusage erteilt wird.

Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger (vgl. auch § 5 Abs. 1 n, Abs. 5), so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.

13. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
14. Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
15. Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer 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. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten

oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

16. Soweit der Tarif eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung vorsieht, reduziert sich diese im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns für jeden Kalendermonat, in dem die Versicherung nicht besteht, um ein Zwölftel des tariflichen Satzes. Im Kalenderjahr, in dem die Versicherung endet, mindert sich die Selbstbeteiligung nicht. Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit niedrigerer betragsmäßig festgelegter Selbstbeteiligung gilt für die Erhöhung Satz 1 sinngemäß. Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarifstufe mit höherer betragsmäßig festgelegter Selbstbeteiligung gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel die jeweils tariflich vereinbarte Selbstbeteiligung ungekürzt. Eine für das Kalenderjahr bereits getragene Selbstbeteiligung wird hierauf angerechnet.
17. Sofern der Tarif es vorsieht, kann für eine Entbindung anstelle der Kostenerstattung eine Pauschalleistung gewählt werden. Die Entbindungspauschale wird nicht auf die tarifliche Selbstbeteiligung angerechnet.

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren;
Durch Trunkenheit verursachte Unfälle sind mitversichert. Beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur dann, wenn der Blutalkohol unter 1,1 Promille liegt;
 - b) für Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht. Unfälle bei Raufhändeln, inneren Unruhen und Schlägereien gelten ferner als mitversichert, wenn die versicherte Person nicht der Urheber war. Sie gelten ferner als mitversichert, wenn die versicherte Person in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit in Raufhandel, innere Unruhen und Schlägereien verwickelt wird;
 - c) für Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind; Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichem Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA;
 - d) für versicherte Personen, bei denen Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II oder III, entsprechend der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI), festgestellt ist. Mit Feststellung der Pflegebedürftigkeit endet das Versicherungsverhältnis nach dem abgeschlossenen Tarif (vgl. § 15 AVB). Dies gilt nicht, sofern die Pflegebedürftigkeit in Folge eines Unfalls nach Abschluss des Versicherungsvertrages eintritt;
 - e) für Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;
Unfälle bei Fahrten, bei denen es auf ein Erzielen einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (Fern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten) gelten nicht als Rennveranstaltung im Sinne dieser Bestimmung;
 - f) für krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden;
 - g) für Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren;
Das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut gilt nicht als Heilmaßnahme oder Eingriff im Sinne dieser Bestimmung.
 - h) für Infektionen, die nicht nach § 4 AVB versichert sind;
 - i) für Vergiftungen, die nicht nach § 4 AVB versichert sind;
 - j) für Unfälle durch Strahlen, die nicht nach § 4 AVB versichert sind. Ferner sind Unfälle ausgeschlossen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind;
 - k) für Schädigungen an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen;
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter den Tarif fallendes Unfallereignis nach § 4 AVB die überwiegende Ursache ist.
 - l) für Bauch- oder Unterleibsbrüche;
Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn der Bauch- oder Unterleibsbruch durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame, von außen kommende, direkte Einwirkung auf den Bauch- und Unterleibsbereich verursacht wurde und diese Gewalteinwirkung durch medizinische Befunde belegt ist.
 - m) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - n) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

- o) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch einen vom Aufenthaltswortzweck unabhängigen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - p) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - q) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
 - r) für Kosten von kosmetischen Behandlungen und für Pflegepersonal besteht keine Leistungspflicht;
 - s) für Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Erzeugnisse, für sanitäre Bedarfsartikel sowie die Beschaffung und Ausleihung von Heilapparaten fallen nicht unter den Versicherungsschutz; das gleiche gilt für Ersatzbatterien, Ladegeräte u. ä. von Hör- und Sprechgeräten;
 - t) für auf Vorsatz beruhende Unfälle einschließlich deren Folgen;
 - u) für die Inanspruchnahme gewerblich betriebener privater Diagnostik Institute und -kliniken.
2. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder wird für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme eine unangemessen hohe Vergütung berechnet, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
 3. Soweit es ohne Gefährdung der Gesundheit zulässig ist, muss der Behandelnde in der Sprechstunde aufgesucht werden, andernfalls sind die Mehrkosten nicht erstattungsfähig.
 4. Für Unfallfolgen, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen stehen, wird nicht geleistet.
 5. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, oder Leistungen eines sonstigen ausländischen Sozialversicherungsträgers, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
 6. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
2. Die Kosten sind durch Urschriften der Rechnungen nachzuweisen. Diese müssen enthalten: Vor- und Zuname der behandelten Person, Bezeichnung der Erkrankung/Verletzungen in Folge des Unfalls, Angabe der einzelnen Leistungen des Arztes mit Bezeichnung der betreffenden Behandlungsdaten und der Ziffern der Gebührenordnung, Pflegesätze, gegebenenfalls Wahlleistungszuschläge, Daten der Aufenthaltsdauer sowie Aufgliederung der Sachkosten.
Der Versicherer kann den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen.
3. Rechnungszweitschriften, die Erstattungsbescheinigungen einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung ausweisen, werden Urschriften gleichgestellt.
4. Für die Auszahlung von Krankenhaustagegeld genügt eine Bescheinigung des Krankenhausarztes mit Angabe des Namens der behandelten Person, Verletzungen in Folge des Unfalls sowie Dauer des Aufenthaltes.
5. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).
6. Der Versicherer ist verpflichtet an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
7. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
Als Kurs des Tages gilt der Euro-Referenzkurs der Europäischen Zentralbank. Für Währungen, für die die Europäische Zentralbank keinen Referenzkurs ermittelt, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch einen Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
8. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
9. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Krankenausweis (Card) ausgegeben worden, gilt dieses Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.
2. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Jahres, in dem der Vertrag beginnt. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses durch Hinzunahme oder den Wechsel einer Tarilstufe sowie die nachträgliche Versicherung weiterer Personen haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr. Der Versicherungsvertrag wird für die beiden ersten Versicherungsjahre fest abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht fristgemäß durch den Versicherungsnehmer gekündigt wird.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8

Beitragszahlung

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
2. Bei Jahreszahlung gewährt der Versicherer einen Nachlass (Skonto) von 4 % des Beitrages.
3. Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 ist der Beitrag von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu entrichten.
4. Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
5. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
6. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
7. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
8. Der Versicherer ist berechtigt, die ihm entstandenen Mahnkosten geltend zu machen.
9. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragszeit beendet, steht dem Versicherer 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 auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
10. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 9

Obliegenheiten

1. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 6) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
2. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
4. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
5. Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

§ 10

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
2. Wird eine der in § 9 Abs. 4 und 5 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
3. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11

Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

1. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
2. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
3. Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

4. Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
3. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
4. Bei einer Beitragsanpassung oder einer Änderung der tariflichen Leistungen kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person kündigen (vgl. § 18 AVB).
5. Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
6. Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von drei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

1. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
2. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

1. Die Versicherung endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
2. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
3. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 7 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.
4. Ist der Versicherungsschutz im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages abgeschlossen, endet die Versicherung mit dem Tod der versicherten Person. Darüber hinaus endet die Versicherung mit
 - dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis,
 - dem Wegfall der für den Tarif geltenden Versicherungsfähigkeit,
 - der Kündigung oder Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17 Gerichtsstand

1. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
3. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist ein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18
Änderungen der Allgemeinen
Versicherungsbedingungen
und der Beiträge

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat geändert werden. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage hat der Versicherer darüber hinaus das Recht, die Beiträge dieses Tarifs zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat anzupassen. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, so können die Beiträge angepasst werden. Im Rahmen der Beitragsanpassung können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligungen und tarifliche Höchstsätze angepasst sowie ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Verzeichnis:

Die Hilfsmittelversorgung des Versicherers im Rahmen des Hilfsmittelmanagement

Lebenserhaltende und -überwachende Hilfsmittel	Pulsoxymeter, Sauerstoffgeräte (Sauerstoffkonzentratoren, Druck- und Flüssiggassysteme), Baby-Überwachungsmonitore (Herz-/Atem-/Sauerstoffsättigungsüberwachung), Heimdialyse- und Beatmungsgeräte, Enterale Ernährung (Ernährungspumpen, Überleitsysteme, Nahrung)
Hilfsmittel für Kinder	Kindergehwagen, Reha-Karren/-Buggys, Sitzschalen/-systeme, Therapiestühle, behindertengerechte Zurüstungen für Drei-/Fahrräder, Spezial-Autokindersitze, soweit diese mit Mehrkosten gegenüber handelsüblichem Autokindersitz verbunden sind
Schlafapnoetherapie- und intermittierende Beatmungsgeräte	CPAP-/CPAP-Spezial-/BiLEVEL-Systeme
Messgeräte	Blutdruck-/Blutzucker-/Blutgerinnungs-Messgeräte mit Zubehör
Infusionshilfen	Spritzen, Pens, Insulinpumpen, Infusionspumpen
Absauggeräte	Sekret-Absauggeräte, Milchpumpen
Inhalationshilfen	Inhalationshilfen und -geräte
Elektronische Sehhilfen	Bildschirmlesegeräte
Blindenhilfsmittel	Blindenhund, Blindenstöcke, Blindenleitgeräte, Vorlesegeräte
Hörhilfen	implantierbare Hörhilfen, Tinnitus-Masker/-Noiser, drahtlose Übertragungsanlagen
Sitz- und Liegehilfen	Wechsedruckkissen/-matratzen und -systeme zur Dekubitus-Therapie
Gehhilfen	Hand-/Gehstöcke, Gehstützen, Gehgestelle, Rollatoren, Gehwagen
Kranken-/Behindertenfahrzeuge einschließlich Zubehör und Zurüstungen bei Rollstuhlpflichtigkeit	Elektorollstühle und Elektromobile, Rollstuhl-Zug-/Schubgeräte, Rollstuhlantriebe, Treppensteighilfen, Treppenraupen, Rampen
Hilfsmittel zur zeitlich begrenzten Unterstützung einer Behandlung/Therapie (Eigetherapie)	Apparate zur Kompressionstherapie, Bewegungsschienen, Iontophoresegeräte, Nerven- und Muskelstimulationsgeräte (TENS, EMS), Inkontinenz-Therapiegeräte (Beckenbodentraining)
Inkontinenzhilfen	Inkontinenzhilfen (ableitend)
Stomaartikel	Stoma- und Tracheostomaartikel
Pflegehilfsmittel (Sofern kein Leistungsanspruch aus der Pflegepflichtversicherung beim Versicherer gegeben ist)	Pflege-/Multifunktions-Rollstühle, Patientenlifter, Kranken-/Pflegebetten, Badewannenlifter, Badewannenbretter/-sitze/-griffe, Duschhocker/-sitze/-stühle, Toilettensitzerhöhungen, Toiletten-/Duschrollstühle

Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.
-
-

§ 19 Anzeigepflicht

- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
-
-

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
-
-

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86
Übergang von
Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1
Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
:
:
:
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (AB/KK 2009)

*KEZ

(Stand: 01.01.2014)

Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AB/KK 2009)

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
 - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
2. Aufnahmefähig sind nur gesunde Personen, die ihren ständigen Wohnsitz im Tätigkeitsbereich des Versicherers haben.
3. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
4. Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB, Teil I), dem Tarif (Teil II) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
5. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.
6. Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, besteht abweichend von Abs. 5 Versicherungsschutz (vgl. § 2 Abs. 1, § 3) während der ersten sechs Monate des vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland. Muss ein vorübergehender Aufenthalt im außereuropäischen Ausland wegen notwendiger Heilbehandlung über die ersten sechs Monate des Aufenthaltes hinaus ausgedehnt werden, besteht abweichend von Abs. 5 Satz 4 Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.
7. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

§ 2

Beginn des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Ist der Versicherungsschutz im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages abgeschlossen, bei dem eine Gesundheitsprüfung nicht durchgeführt wird, besteht abweichend von Abs. 1 für bereits vor Anmeldung zum Gruppenversicherungsvertrag eingetretene Versicherungsfälle Versicherungsschutz ab dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns. Maßgeblich für die Prüfung der Leistungspflicht ist jeweils das Datum an dem eine Behandlung ausgeführt, bzw. Arzneien, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen worden sind.
2. Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt.

Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- 2.1 Abweichend von Abs. 2 beginnt bei Neugeborenen der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten und ohne Einhaltung der Mindestversicherungszeit eines Elternteils von drei Monaten, wenn zum Zeitpunkt der Antragstellung des versicherten Elternteils die 20. Schwangerschaftswoche nicht vollendet war.

3. Bei Anmeldung eines Neugeborenen zur Versicherung nach Abs. 2 und Abs. 2.1 besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden und angeborene Krankheiten.
4. Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3

Wartezeiten

1. Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
2. Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
Sie entfällt
 - a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetzes (s. Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.
3. Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
4. Die besonderen Wartezeiten entfallen bei Unfall.
5. Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
Die Wartezeiten können auf Antrag erlassen werden, wenn für die zu versichernden Personen ein ärztliches Zeugnis innerhalb von 28 Tagen nach Antragstellung vorgelegt wird. Der Versicherer stellt hierzu Vordrucke zur Verfügung. Die Zeugniskosten trägt der Antragsteller. Geht das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb der gesetzten Frist ein, gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.
Die Wartezeiten entfallen in der Krankheitskostenversicherung, wenn diese beim Versicherer gleichzeitig für ambulante und stationäre Heilbehandlung abgeschlossen wird. Die Wartezeiten entfallen auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, wenn sie gleichzeitig zu einer Krankheitskostenversicherung abgeschlossen wird, für welche die Wartezeiten nach Satz 1 entfallen. Dies gilt nicht, wenn die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung nur eine bestehende gesetzliche Krankenversicherung ergänzt.
Nach Tarifwechsel aus einer beim Versicherer bestehenden Krankheitskostenversicherung gleicher Art gelten ohne Zurücklegung von Wartezeiten die Leistungen des neuen Tarifs. Im Zeitpunkt des Tarifwechsels noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle sind von den höheren Leistungen ausgeschlossen. Dies gilt nicht bei Umwandlungen, zu denen ein Risikozuschlag oder Leistungsausschluss vereinbart wurde.
6. Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
7. Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

1. Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB, Teil I) und dem Tarif (AVB, Teil II).
Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Leistungen ausgeführt bzw. die Arzneien, Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen worden sind.
2. Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
3. Arztkosten sind innerhalb des Gebührenrahmens der in der Bundesrepublik gültigen Gebührenordnungen erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht. Heilpraktikerkosten sind im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.
4. Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlung durch approbierte und niedergelassene Behandelnde im Sinne des Psychotherapeutengesetzes sind im Rahmen der für diese geltenden gebührenrechtlichen Regelungen erstattungsfähig, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.
5. Die Leistungspflicht für gezielte Vorsorgeuntersuchungen erstreckt sich neben den gesetzlich eingeführten Programmen auf übliche Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung häufig vorkommender schwerer Erkrankungen (z. B. Diabetes, Krebs, Tuberkulose) ohne Altersbegrenzung.
6. Aufwendungen für ambulante Heilbehandlungen sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie von den in Abs. 11 genannten Krankenhäusern (Krankenhausambulanzen), oder medizinischen Versorgungszentren durchgeführt werden, sofern der Tarif nichts anderes vorsieht.
7. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
8. Als Arzneimittel gelten auch bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviscidose zu vermeiden.

9. Als Heilmittel gelten Maßnahmen der physikalischen Therapie (Massagen, Packungen, Krankengymnastik und Bewegungsübungen, Inhalationen, Kälte- und Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie sowie Hydrotherapie einschließlich medizinischer Bäder), Sprachtherapie (Logopädie) und Beschäftigungstherapie (Ergotherapie). Die Maßnahmen müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder staatlich geprüften Angehörigen von Heil- bzw. Heilhilfsberufen erbracht werden.
Soweit keine amtlichen Gebührensätze vereinbart sind oder es an einer entsprechenden Taxe fehlt, gelten die in der Bundesrepublik Deutschland üblichen Sätze.
10. Hilfsmittel sind Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräte, Sprechgeräte, Stützapparate, orthopädische Einlagen, Schuhe, Bandagen, Bruchbänder, Gummistrümpfe, gegen Verunstaltung und Verkrüppelung ärztlich verordnete Körperersatzstücke und Krankenfahrstühle.
- 10.1 Im Rahmen der tariflichen Leistungen des Versicherers ist die Aufzählung der Hilfsmittel erweitert (vgl. Verzeichnis: Die Hilfsmittelversorgung des Versicherers im Rahmen des Hilfsmittelmanagements).
Vor Bezug der im Verzeichnis genannten Hilfsmittel (Kauf oder Anmietung) ist die ärztliche Verordnung beim Versicherer einzureichen. Nach Überprüfung und Feststellung seiner Leistungspflicht entscheidet der Versicherer unverzüglich, ob die Beschaffung über ihn erfolgt. Wird ein Hilfsmittel ohne Einschalten des Versicherers bezogen, ist der Versicherer berechtigt, seine tariflichen Leistungen auf den Betrag herabzusetzen, der bei einer im Rahmen des Hilfsmittelmanagements durchgeführten Versorgung entstanden wäre.
Der Versicherer verzichtet auf die vorherige Einreichung der ärztlichen Verordnung, wenn sich die medizinische Notwendigkeit der Hilfsmittelversorgung im Rahmen einer Notfallbehandlung ergibt, die den unmittelbaren Bezug erforderlich macht.
11. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
12. Als allgemeine Krankenhausleistungen nach der Bundespflegesatzverordnung (BPFV) gelten tagesgleiche Pflegesätze (Abteilungs- und Basispflegesatz), Fallpauschalen und Sonderentgelte. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten auch gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, die Kosten der Beleghebamme und des -entbindungspflegers.
In Krankenhäusern, die nicht nach der BPFV abrechnen, gelten als allgemeine Krankenhausleistungen die Aufwendungen für einen Aufenthalt im Drei- oder Mehrbettzimmer (Allgemeine Pflegeklasse) einschließlich ärztlicher Leistungen und Nebenkosten sowie der Leistungen einer Hebamme und eines Entbindungspflegers.
13. Die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen für gesunde Neugeborene, soweit sie nicht mit dem der Mutter berechneten Pflegesatz abgegolten sind, werden für die Dauer des stationären Aufenthaltes der Wöchnerin erstattet, sofern die Anmeldung des Neugeborenen innerhalb von zwei Monaten seit der Geburt erfolgt und die Versicherung mit dem Tage der Geburt beginnt.
14. Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 11, 12 und 13 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.
- 14.1 Abweichend von Abs. 14 wird sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:
 - a) es sich um eine akute Notfalleinweisung handelt (z. B. Unfall, lebensbedrohlicher Krankheitszustand wie Herzinfarkt) oder
 - b) ausschließlich medizinisch notwendige Krankenhausbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten, oder
 - c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte. Die Leistungen sind auf den Zeitraum der stationären Krankenhausbehandlungen dieser akuten Erkrankung begrenzt.
- 14.2 Aufwendungen für eine medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung (AHB) sind erstattungsfähig, wenn sich die Behandlung innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, anschließt. Für eine medizinisch notwendige AHB erteilt der Versicherer eine vorherige schriftliche Zusage, wenn eine der folgenden Erkrankungen (Diagnosen) vorliegt:
 - Organtransplantation (Herz, Leber, Lunge, Niere, Bauchspeicheldrüse),
 - Schwere Herzoperation mit Herz- Lungenmaschine, schwerer Herzinfarkt, Herzklappen- /Bypassoperation, Operation am arteriellen Gefäßsystem,
 - Amputation (z. B. ganze Hand, Arm, ganzer Fuß, Bein),
 - Endoprothese (Hüfte, Knie, Schulter),
 - Umstellungsosteotomie (Hüfte, Knie),
 - Wirbelfrakturen und Wirbelsäulenoperationen,
 - Querschnittslähmung, Schlaganfall, Unfall mit schweren Schädel-/Hirnverletzung/-blutungen,
 - Krebsoperationen sowie Chemo-/Strahlentherapie.
 Bei Vorliegen der vorgenannten Diagnosen prüft der Versicherer auch für welche Dauer unter Berücksichtigung der Art und Schwere der Erkrankung eine vorherige schriftliche Zusage erteilt wird.
Besteht gleichzeitig ein Anspruch gegenüber einem gesetzlichen Rehabilitationsträger (vgl. auch § 5 Abs. 1 d) und Abs. 7, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der Leistungen des anderen Kostenträgers notwendig bleiben.

15. Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
16. Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
17. Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer 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. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.
18. Soweit der Tarif eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung vorsieht, reduziert sich diese im Kalenderjahr des Versicherungsbeginns für jeden Kalendermonat, in dem die Versicherung nicht besteht, um ein Zwölftel des tariflichen Satzes. Im Kalenderjahr, in dem die Versicherung endet, mindert sich die Selbstbeteiligung nicht. Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarfstufe mit niedrigerer betragsmäßig festgelegter Selbstbeteiligung gilt für die Erhöhung Satz 1 sinngemäß. Bei Tarifwechsel aus einem Tarif oder einer Tarfstufe mit höherer betragsmäßig festgelegter Selbstbeteiligung gilt für die Zeit vor und nach dem Tarifwechsel die jeweils tariflich vereinbarte Selbstbeteiligung ungekürzt. Eine für das Kalenderjahr bereits getragene Selbstbeteiligung wird hierauf angerechnet.
19. Sofern der Tarif es vorsieht, kann für eine Entbindung anstelle der Kostenerstattung eine Pauschalleistung gewählt werden. Die Entbindungspauschale wird nicht auf die tarifliche Selbstbeteiligung angerechnet.

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

1. Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegseignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - f) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (s. Anhang) Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
2. Für Kosten von kosmetischen Behandlungen und für Pflegepersonal besteht keine Leistungspflicht.
3. Kosten für Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Erzeugnisse, für sanitäre Bedarfsartikel sowie die Beschaffung und Ausleihung von Heilapparaten fallen nicht unter den Versicherungsschutz; das gleiche gilt für Ersatzbatterien, Ladegeräte u. ä. von Hör- und Sprechgeräten.
4. Keine Leistungspflicht besteht bei Inanspruchnahme gewerblich betriebener privater Diagnostik Institute und -kliniken.
5. Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder wird für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme eine unangemessen hohe Vergütung berechnet, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
6. Soweit es ohne Gefährdung der Gesundheit zulässig ist, muss der Behandelnde in der Sprechstunde aufgesucht werden, andernfalls sind die Mehrkosten nicht erstattungsfähig.

7. Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, oder Leistungen eines ausländischen Sozialversicherungsträgers, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
8. Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6

Auszahlung der Versicherungsleistungen

1. Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
2. Die Kosten sind durch Urschriften der Rechnungen nachzuweisen. Diese müssen enthalten: Vor- und Zuname der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Angabe der einzelnen Leistungen des Arztes mit Bezeichnung der betreffenden Behandlungsdaten und der Ziffern der Gebührenordnung, Pflegesätze, gegebenenfalls Wahlleistungszuschläge, Daten der Aufenthaltsdauer sowie Aufgliederung der Sachkosten. Der Versicherer kann den Nachweis vorheriger Bezahlung verlangen.
3. Rechnungszweitschriften, die Erstattungsbescheinigungen einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung ausweisen, werden Urschriften gleichgestellt.
4. Für die Auszahlung von Krankenhaustagegeld genügt eine Bescheinigung des Krankenhausarztes mit Angabe des Namens der behandelten Person, Krankheitsbezeichnung sowie Dauer des Aufenthaltes.
5. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. Anhang).
6. Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
7. Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
Als Kurs des Tages gilt der Euro-Referenzkurs der Europäischen Zentralbank.
Für Währungen, für die die Europäische Zentralbank keinen Referenzkurs ermittelt, gilt der Kurs gemäß „Devisenkursstatistik“, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch einen Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
8. Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
9. Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Krankenausweis (Card) ausgegeben worden, gilt dieses Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7

Ende des Versicherungsschutzes

1. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses.
2. Versicherungsjahr ist das Kalenderjahr. Das erste Versicherungsjahr endet am 31. Dezember des Jahres, in dem der Vertrag beginnt. Veränderungen des Versicherungsverhältnisses durch Hinzunahme oder den Wechsel einer Tarifstufe sowie die nachträgliche Versicherung weiterer Personen haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr. Der Versicherungsvertrag wird für die beiden ersten Versicherungsjahre fest abgeschlossen. Er verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn er nicht fristgemäß durch den Versicherungsnehmer gekündigt wird.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8

Beitragszahlung

1. Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
2. Bei Jahreszahlung gewährt der Versicherer einen Nachlass (Skonto) von 4 % des Beitrages.
3. Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 ist der Beitrag von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu entrichten.
4. Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif an Stelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
5. Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
6. Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
7. Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

8. Der Versicherer ist berechtigt, die ihm entstandenen Mahnkosten geltend zu machen.
9. Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragszeit beendet, steht dem Versicherer 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 auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (s. Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
10. Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 9 Obliegenheiten

1. Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 6) hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
2. Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
3. Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
4. Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
5. Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

1. Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 5 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
2. Wird eine der in § 9 Abs. 4 und 5 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
3. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

1. Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
2. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
3. Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
4. Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

1. Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
2. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
3. Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
4. Bei einer Beitragsanpassung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person kündigen (vgl. § 18 AVB).
5. Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schluss des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

6. Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14
Kündigung durch den
Versicherer

1. Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
2. Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 6 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15
Sonstige Beendigungsgründe

1. Die Versicherung endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des zukünftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
2. Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
3. Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 7 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.
4. Ist der Versicherungsschutz im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrages abgeschlossen, endet die Versicherung mit dem Tod der versicherten Person. Darüber hinaus endet die Versicherung mit
 - dem Ausscheiden aus dem versicherten Personenkreis,
 - dem Wegfall der für den Tarif geltenden Versicherungsfähigkeit,
 - der Kündigung oder Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages.

Sonstige Bestimmungen

§ 16
Willenserklärungen und
Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Schriftform, sofern nicht ausdrücklich Textform vereinbart ist.

§ 17
Gerichtsstand

1. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
2. Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
3. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist ein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18
Änderungen der Allgemeinen
Versicherungsbedingungen
und der Beiträge

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen können zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat geändert werden. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage hat der Versicherer darüber hinaus das Recht, die Beiträge dieses Tarifs zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat anzupassen. Dementsprechend vergleicht der Versicherer jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, so können die Beiträge angepasst werden. Im Rahmen der Beitragsanpassung können auch betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligungen und tarifliche Höchstsätze angepasst sowie ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Der Versicherungsnehmer kann das Vertragsverhältnis hinsichtlich der betroffenen Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen.

Verzeichnis: Die Hilfsmittelversorgung des Versicherten im Rahmen des Hilfsmittelmanagement

Lebenserhaltende und -überwachende Hilfsmittel	Pulsoxymeter, Sauerstoffgeräte (Sauerstoffkonzentratoren, Druck- und Flüssiggassysteme), Baby-Überwachungsmonitore (Herz-/Atem-/Sauerstoffsättigungsüberwachung), Heimdialyse- und Beatmungsgeräte, Enterale Ernährung (Ernährungspumpen, Überleitsysteme, Nahrung)
Hilfsmittel für Kinder	Kindergehwagen, Reha-Karren/-Buggys, Sitzschalen/-systeme, Therapiestühle, behindertengerechte Zurüstungen für Drei-/Fahrräder, Spezial-Autokindersitze, soweit diese mit Mehrkosten gegenüber handelsüblichem Autokindersitz verbunden sind
Schlafapnoetherapie- und intermittierende Beatmungsgeräte	CPAP-/CPAP-Spezial-/BiLEVEL-Systeme
Messgeräte	Blutdruck-/Blutzucker-/Blutgerinnungs-Messgeräte mit Zubehör
Infusionshilfen	Spritzen, Pens, Insulinpumpen, Infusionspumpen
Absauggeräte	Sekret-Absauggeräte, Milchpumpen
Inhalationshilfen	Inhalationshilfen und -geräte
Elektronische Sehhilfen	Bildschirmlesegeräte
Blindenhilfsmittel	Blindenhund, Blindenstöcke, Blindenleitgeräte, Vorlesegeräte
Hörhilfen	implantierbare Hörhilfen, Tinnitus-Masker/-Noiser, drahtlose Übertragungsanlagen
Sitz- und Liegehilfen Gehhilfen	Wechseldruckkissen/-matratzen und -systeme zur Dekubitus-Therapie Hand-/Gehstöcke, Gehstützen, Gehgestelle, Rollatoren, Gehwagen
Kranken-/Behindertenfahrzeuge einschließlich Zubehör und Zurüstungen bei Rollstuhlpflichtigkeit	Elektrollstühle und Elektromobile, Rollstuhl-Zug-/Schubgeräte, Rollstuhlantriebe, Treppensteighilfen, Treppenraupen, Rampen
Hilfsmittel zur zeitlich begrenzten Unterstützung einer Behandlung/Therapie (Eigentherapie)	Apparate zur Kompressionstherapie, Bewegungsschienen, Iontophoresegeräte, Nerven- und Muskelstimulationsgeräte (TENS, EMS), Inkontinenz-Therapiegeräte (Beckenbodentraining)
Inkontinenzhilfen	Inkontinenzhilfen (ableitend)
Stomaartikel	Stoma- und Tracheostomaartikel
Pflegehilfsmittel (Sofern kein Leistungsanspruch aus der Pflegepflichtversicherung beim Versicherten gegeben ist)	Pflege-/Multifunktions-Rollstühle, Patientenlifter, Kranken-/Pflegebetten, Badewannenlifter, Badewannenbretter/-sitze/-griffe, Duschhocker/-sitze/-stühle, Toilettensitzerhöhungen, Toiletten-/Duschrollstühle

Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 14

Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19

Anzeigepflicht

- .
- .
- .
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- .
- .

§ 28

Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.
- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37

Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.
- .
- .
- .

§ 38

Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86
Übergang von
Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz

§ 1
Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
 -
 -
 -
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

Krankheitskosten-Tarif MediAmbulant

Ergänzungsversicherung für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

(Stand: 01.01.2013)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- | | |
|---|--|
| 1. Zuzahlungen | 100 % der gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen (siehe Anhang, § 61 SGB V) für <ul style="list-style-type: none">– Arznei- und Verbandmittel (vgl. Abschnitt B.1),– Heilmittel,– Hilfsmittel (vgl. Abschnitt B.2), sofern diese zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden. <ul style="list-style-type: none">– Hin- und Rückfahrten im Rahmen einer ambulanten Behandlung, die nachweislich von der GKV genehmigt sind. |
| 2. Sehhilfen | 100 % der Aufwendungen für Sehhilfen bis zu einem Erstattungsbetrag von 120 EUR pro Kalenderjahr. |
| 3. Heilpraktiker/
Naturheilverfahren
durch Ärzte | 80 % der Aufwendungen für Heilbehandlungen durch Heilpraktiker einschließlich der verordneten Arzneimittel im Rahmen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH), sowie Naturheilverfahren durch Ärzte nach dem Hufelandverzeichnis (in der jeweils gültigen Fassung) bis zu einem Erstattungsbetrag von 1.000 EUR pro Kalenderjahr.
Etwaige Vorleistungen der GKV werden angerechnet. |

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterungen

1. Kosten, die die Festbeträge bei Arznei- und Verbandmitteln nach § 35 SGB V (siehe Anhang) übersteigen, gelten nicht als gesetzliche Zuzahlung und werden aus Tarif MediAmbulant nicht erstattet.
2. Kosten für einzelne Hilfsmittel, die die Festbeträge nach § 36 SGB V (siehe Anhang) übersteigen, gelten nicht als gesetzliche Zuzahlung und werden aus Tarif MediAmbulant nicht erstattet.
3. Stellt der Versicherte einen Antrag auf Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen nach § 62 Abs. 1 SGB V (siehe Anhang) nicht, obwohl ein Anspruch hierauf besteht, werden Leistungen für Zuzahlungen aus Tarif MediAmbulant nicht erbracht.
4. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt angerechnete Leistungen der GKV werden als Vorleistung der GKV berücksichtigt.
5. Eine Erstattung der Zuzahlungen erfolgt nach Vorlage des Zuzahlungsbelegs (Original) und der zugehörigen Verordnung (Kopie). Sonstige entstandene Aufwendungen sind durch Urschriften der Rechnungen oder Rechnungszweitschriften nachzuweisen, auf denen die Höhe der Vorleistung der GKV sowie die Höhe angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt angegeben sein müssen.

C. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

Erläuterungen

Versicherungsfähig sind nur Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder als Familienangehöriger bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Bei Ausscheiden aus der GKV endet der Versicherungsschutz nach Tarif MediAmbulant zum Schluss des laufenden Monats. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus der GKV unverzüglich zu unterrichten.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.
2. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

E. Garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit

Beitragsrückerstattung

Anspruch auf die garantierte Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit besteht, wenn

- a) die Versicherung während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres ununterbrochen bestanden hat und für das abgelaufene Kalenderjahr keine Versicherungsleistungen beantragt oder Rechnungsbelege zur Prüfung eingereicht worden sind.
- b) die Versicherung am 30.06. des folgenden Kalenderjahres ohne Beitragsrückstand noch besteht. Diese Voraussetzung entfällt, wenn die Versicherung infolge Tod, Anspruch auf Heilfürsorge oder Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer beendet wurde.

Die Beitragsrückerstattung beträgt:

- 3 Monatsbeiträge für ein leistungsfreies Kalenderjahr,
- 4 Monatsbeiträge für zwei aufeinander folgende leistungsfreie Kalenderjahre,
- 5 Monatsbeiträge für drei aufeinander folgende leistungsfreie Kalenderjahre.

Für das Kalenderjahr des Versicherungsbeginns wird die Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit nur gezahlt, sofern die Versicherung ein volles Kalenderjahr bestanden hat. Leistungsfreie Kalenderjahre, für die in einem anderen Tarif eine Beitragsrückerstattung beansprucht werden kann, werden bei einem Tarifwechsel in Tarif MediAmbulant nicht angerechnet.

Für die Berechnung der Beitragsrückerstattung wird jeweils 1/12 des Jahresbeitrages des abgelaufenen Kalenderjahres zugrunde gelegt.

Anhang: Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung*

§ 35 Festbeträge für Arznei- und Verbandmaterial

- (1) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können. In den Gruppen sollen Arzneimittel mit
 1. denselben Wirkstoffen,
 2. pharmakologisch- therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen,
 3. therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen,

zusammengefasst werden; unterschiedliche Bioverfügbarkeiten wirkstoffgleicher Arzneimittel sind zu berücksichtigen, sofern sie für die Therapie bedeutsam sind.

Die nach Satz 2 Nr. 2 und 3 gebildeten Gruppen müssen gewährleisten, dass Therapiemöglichkeiten nicht eingeschränkt werden und medizinisch notwendige Verordnungsalternativen zur Verfügung stehen; ausgenommen von diesen Gruppen sind Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, deren Wirkungsweise neuartig ist und die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten. Als neuartig gilt ein Wirkstoff, solange derjenige Wirkstoff, der als erster dieser Gruppe in Verkehr gebracht worden ist, unter Patentschutz steht. Der Bundesausschuss ermittelt auch die nach Absatz 3 notwendigen rechnerischen mittleren Tages- oder Einzeldosen oder anderen geeigneten Vergleichsgrößen. Für die Vorbereitung der Beschlüsse nach Satz 1 durch die Geschäftsstelle des Gemeinsamen Bundesausschusses gilt § 106 Abs. 4a Satz 3 und 7 entsprechend. Soweit der Gemeinsame Bundesausschuss Dritte beauftragt, hat er zu gewährleisten, dass diese ihre Bewertungsgrundsätze und die Begründung für ihre Bewertungen einschließlich der verwendeten Daten offen legen. Die Namen beauftragter Gutachter dürfen nicht genannt werden.

- (1a) Für Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen kann abweichend von Absatz 1 Satz 4 eine Gruppe nach Absatz 1 Satz 2 Nr. 2 mit mindestens drei Arzneimitteln gebildet und ein Festbetrag festgesetzt werden, sofern die Gruppenbildung nur für Arzneimittel erfolgt, die jeweils unter Patentschutz stehen. Ausgenommen von der Gruppenbildung nach Satz 1 sind Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen, die eine therapeutische Verbesserung, auch wegen geringerer Nebenwirkungen, bedeuten. Die Sätze 1 und 2 gelten entsprechend für Arzneimittelkombinationen, die Wirkstoffe enthalten, die in eine Festbetragsgruppe nach Absatz 1 oder 1a Satz 1 einbezogen sind oder die nicht neuartig sind.

...

* Es gilt jeweils die zum Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme gültige Fassung des Gesetzes.

§ 36
Festbeträge für Hilfsmittel

- (1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestimmt Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt werden. Dabei sollen unter Berücksichtigung des Hilfsmittelverzeichnisses nach § 139 in ihrer Funktion gleichartige und gleichwertige Mittel in Gruppen zusammengefasst und die Einzelheiten der Versorgung festgelegt werden.
- Den Spitzenorganisationen der betroffenen Hersteller und Leistungserbringer ist unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen.

§ 61
Zuzahlungen

Zuzahlungen, die Versicherte zu leisten haben, betragen 10 vom Hundert des Abgabepreises, mindestens jedoch 5 Euro und höchstens 10 Euro; allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten des Mittels. Als Zuzahlungen zu stationären Maßnahmen werden je Kalendertag 10 Euro erhoben. Bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege beträgt die Zuzahlung 10 vom Hundert der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung. Geleistete Zuzahlungen sind von dem zum Einzug Verpflichteten gegenüber dem Versicherten zu quittieren; ein Vergütungsanspruch hierfür besteht nicht.

§ 62
Belastungsgrenze

- (1) Versicherte haben während jedes Kalenderjahres nur Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten; wird die Belastungsgrenze bereits innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, hat die Krankenkasse eine Bescheinigung darüber zu erteilen, dass für den Rest des Kalenderjahres keine Zuzahlungen mehr zu leisten sind. Die Belastungsgrenze beträgt 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt; für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt sie 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt.

Abweichend von Satz 2 beträgt die Belastungsgrenze 2 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

1. für nach dem 1. April 1972 geborene chronisch kranke Versicherte, die ab dem 1. Januar 2008 die in § 25 Abs. 1 genannten Gesundheitsuntersuchungen vor der Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben,
2. für nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche chronisch kranke Versicherte, die an einer Krebsart erkranken, für die eine Früherkennungsuntersuchung nach § 25 Abs. 2 besteht, und die diese Untersuchung ab dem 1. Januar 2008 vor ihrer Erkrankung nicht regelmäßig in Anspruch genommen haben.

Für Versicherte nach Satz 3 Nr. 1 und 2, die an einem für ihre Erkrankung bestehenden strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmen, beträgt die Belastungsgrenze 1 vom Hundert der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in seinen Richtlinien fest, in welchen Fällen Gesundheitsuntersuchungen ausnahmsweise nicht zwingend durchgeführt werden müssen.

Die weitere Dauer der in Satz 2 genannten Behandlung ist der Krankenkasse jeweils spätestens nach Ablauf eines Kalenderjahres nachzuweisen und vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit erforderlich, zu prüfen.

Die jährliche Bescheinigung darf nur ausgestellt werden, wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten, beispielsweise durch Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f, feststellt; dies gilt nicht für Versicherte, denen das Erfüllen der Voraussetzungen nach Satz 7 nicht zumutbar ist, insbesondere wegen des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit der Pflegestufen II und III nach dem Elften Buch oder bei einem Grad der Behinderung von mindestens 60.

Das Nähere regelt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Richtlinien. Die Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten zu Beginn eines Kalenderjahres auf die für sie in diesem Kalenderjahr maßgeblichen Untersuchungen nach § 25 Abs. 1 und 2 hinzuweisen. Das Nähere zur Definition einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92.

Krankheitskosten-Tarif MediClinic 1

Ergänzungsversicherung für stationäre Heilbehandlung

(Stand: 01.01.2013)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- 1. Stationäre Behandlung** **100 %** der Aufwendungen für
- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer,
 - gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer,
 - gesondert berechnete ärztliche Leistungen.
- Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 4 Abs. 4.1 AVB) sind nicht aus Tarif **MediClinic 1** erstattungsfähig.
- 2. Ambulante Operationen** **100 %** der Aufwendungen für
- gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen, die einen stationären Aufenthalt ersetzen
- soweit sie die Vorleistungen eines privaten Krankenversicherers (vgl. Abschnitt C.2) oder der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Abschnitt C.3) übersteigen.
- Eingeschlossen sind die ärztlichen Leistungen für die Vor- und Abschlussuntersuchung einschließlich der Diagnostik und des medizinisch erforderlichen Verbandswechsels.
- Die Vor- und Abschlussuntersuchung ist auf
- längstens drei Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor Beginn der ambulanten Operation,
 - längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Durchführung der ambulanten Operation
- begrenzt.
- Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V erstellten Katalog und können beim Versicherer jederzeit erfragt werden. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.

B. Ersatzleistungen

Werden bei einem Krankenhausaufenthalt ärztliche Leistungen oder Unterbringung und Verpflegung im Einbettzimmer nicht im versicherten Rahmen gesondert berechnet oder in Anspruch genommen, wird ein Krankentagegeld in Höhe von **30 EUR** gezahlt. Bei versicherten Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, beträgt das Krankentagegeld **15 EUR**.

Bei teilstationärer Behandlung mit einem Krankenhausaufenthalt von weniger als 24 Stunden pro Tag wird die Hälfte des vereinbarten Tagessatzes gezahlt.

C. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterung

1. Abweichend von § 4 Abs. 2.1 AVB werden Arztkosten für stationäre Behandlungen sowie für ambulante Operationen über den Rahmen der in der Bundesrepublik gültigen Gebührenordnungen hinaus im versicherten Umfang des Tarifs **MediClinic 1** erstattet, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.
2. Anspruch auf Versicherungsleistungen für ambulante Operationen haben versicherte Personen, für die eine Vorleistung aus einer Krankheitskostenvollversicherung ihres privaten Krankenversicherers (PKV) nachgewiesen ist. Erstattungsfähig aus Tarif **MediClinic 1** sind nach Vorleistung nur die Aufwendungen, die über den Rahmen der in der Bundesrepublik gültigen Gebührenordnungen hinaus in Rechnung gestellt werden.
3. Anspruch auf Versicherungsleistungen für ambulante Operationen haben versicherte Personen, die eine Vorleistung einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nachweisen.
Für versicherte Personen, die Tarif **MediClinic 1** als Ergänzungsversicherung zu ihrer gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen haben, wird empfohlen, sich über die Möglichkeiten einer Kostenerstattung/Vorleistung (s. Anhang, § 13 SGB V) bei ihrer GKV zu informieren.
4. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt (s. Anhang, § 53 SGB V) oder eine mit der PKV vereinbarte Selbstbeteiligung wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt oder die Selbstbeteiligung angerechnete Leistungen werden als Vorleistung berücksichtigt.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

Anhang: Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung

Es gilt jeweils die zum Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme gültige Fassung des Gesetzes.

§ 13

Kostenerstattung

- (1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.
- (2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.
- (3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 15 des Neunten Buches erstattet.
- (4) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.
- (5) Abweichend von Absatz 4 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.
- (6) § 18 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend.

§ 53

Wahltarife

(Selbstbehalt, Beitragsrückzahlung)

- (1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

Krankheitskosten-Tarif MediClinic 2

Ergänzungsversicherung für stationäre Heilbehandlung

(Stand: 01.01.2013)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1. Stationäre Behandlung

100 % der Aufwendungen für

- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Zweibettzimmer,
- gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

Nach Tarif **MediClinic 2** Versicherte, die im Einbettzimmer behandelt werden, erhalten für die gesondert berechnete Unterbringung und Verpflegung die Mehrkosten für das Zweibettzimmer erstattet.

Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 4 Abs. 4.1 AVB) sind nicht aus Tarif **MediClinic 2** erstattungsfähig.

1.1 Unfall/ Einbettzimmer

100 % der Aufwendungen für

- gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Einbettzimmer,
- gesondert berechnete ärztliche Leistungen

sofern die stationäre Heilbehandlung aufgrund eines Unfalles erforderlich wird.

Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Anspruch auf Leistungen besteht nur für stationäre Aufenthalte, die nachweislich in ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen stehen.

2. Ambulante Operationen

100 % der Aufwendungen für

- gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen, die einen stationären Aufenthalt ersetzen

soweit sie die Vorleistungen eines privaten Krankenversicherers (vgl. Abschnitt C.2) oder der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. Abschnitt C.3) übersteigen.

Eingeschlossen sind die ärztlichen Leistungen für die Vor- und Abschlussuntersuchung einschließlich der Diagnostik und des medizinisch erforderlichen Verbandswechsels.

Die Vor- und Abschlussuntersuchung ist auf

- längstens drei Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor Beginn der ambulanten Operation,
- längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Durchführung der ambulanten Operation

begrenzt.

Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V erstellten Katalog und können beim Versicherer jederzeit erfragt werden. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.

B. Ersatzleistungen

Werden bei einem Krankenhausaufenthalt ärztliche Leistungen oder Unterbringung und Verpflegung im Zweibettzimmer nicht im versicherten Rahmen gesondert berechnet oder in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von **20 EUR** gezahlt. Bei versicherten Personen, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, beträgt das Krankenhaustagegeld **10 EUR**.

Bei teilstationärer Behandlung mit einem Krankenhausaufenthalt von weniger als 24 Stunden pro Tag wird die Hälfte des vereinbarten Tagessatzes gezahlt.

Wird bei einem unfallbedingtem Krankenhausaufenthalt die Unterbringung im Einbettzimmer im versicherten Rahmen nicht gesondert berechnet oder in Anspruch genommen, werden keine Ersatzleistungen gezahlt.

C. Begriffsbestimmung / Umfang der Leistungspflicht

Erläuterung

1. Abweichend von § 4 Abs. 2.1 AVB werden Arztkosten für stationäre Behandlungen sowie für ambulante Operationen über den Rahmen der in der Bundesrepublik gültigen Gebührenordnungen hinaus im versicherten Umfang des Tarifs **MediClinic 2** erstattet, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.
2. Anspruch auf Versicherungsleistungen für ambulante Operationen haben versicherte Personen, für die eine Vorleistung aus einer Krankheitskostenvollversicherung ihres privaten Krankenversicherers (PKV) nachgewiesen ist. Erstattungsfähig aus Tarif **MediClinic 2** sind nach Vorleistung nur die Aufwendungen, die über den Rahmen der in der Bundesrepublik gültigen Gebührenordnungen hinaus in Rechnung gestellt werden.
3. Anspruch auf Versicherungsleistungen für ambulante Operationen haben versicherte Personen, die eine Vorleistung einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nachweisen.
Für versicherte Personen, die Tarif **MediClinic 2** als Ergänzungsversicherung zu ihrer gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen haben, wird empfohlen, sich über die Möglichkeiten einer Kostenerstattung / Vorleistung (s. Anhang, § 13 SGB V) bei ihrer GKV zu informieren.
4. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt (s. Anhang, § 53 SGB V) oder eine mit der PKV vereinbarte Selbstbeteiligung wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt oder die Selbstbeteiligung angerechnete Leistungen werden als Vorleistung berücksichtigt.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.
2. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

Anhang: Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung

Es gilt jeweils die zum Zeitpunkt der Leistungsanspruchnahme gültige Fassung des Gesetzes.

§ 13

Kostenerstattung

- (1) Die Krankenkasse darf anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.
- (2) Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen ist möglich. Nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer dürfen nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung kann erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme dieser Leistungserbringer rechtfertigen und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet ist. Die Inanspruchnahme von Leistungserbringern nach § 95b Absatz 3 Satz 1 im Wege der Kostenerstattung ist ausgeschlossen. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie kann dabei Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten in Höhe von höchstens 5 Prozent in Abzug bringen. Im Falle der Kostenerstattung nach § 129 Absatz 1 Satz 5 sind die der Krankenkasse entgangenen Rabatte nach § 130a Absatz 8 sowie die Mehrkosten im Vergleich zur Abgabe eines Arzneimittels nach § 129 Absatz 1 Satz 3 und 4 zu berücksichtigen; die Abschläge sollen pauschaliert werden. Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden.
- (3) Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem Neunten Buch werden nach § 15 des Neunten Buches erstattet.
- (4) Versicherte sind berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen auf Grund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung im Inland zu tragen hätte. Die Satzung hat das Verfahren der Kostenerstattung zu regeln. Sie hat dabei ausreichende Abschläge vom Erstattungsbetrag für Verwaltungskosten und fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfungen vorzusehen sowie vorgesehene Zuzahlungen in Abzug zu bringen. Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem

anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen.

- (5) Abweichend von Absatz 4 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.
- (6) § 18 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 gilt in den Fällen der Absätze 4 und 5 entsprechend.

§ 53
Wahltarife
(Selbstbehalt,
Beitragsrückzahlung)

- (1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung vorsehen, dass Mitglieder jeweils für ein Kalenderjahr einen Teil der von der Krankenkasse zu tragenden Kosten übernehmen können (Selbstbehalt). Die Krankenkasse hat für diese Mitglieder Prämienzahlungen vorzusehen.

...

Krankheitskosten-Tarif MediClinic U

Ergänzungsversicherung für stationäre Heilbehandlung bei Unfall

(Stand: 01.01.2013)

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
(gilt nur in Verbindung mit Teil I **AB/KK Unfall 2009**)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- 1. Stationäre Heilbehandlung**

100 % der nach Vorleistung eines privaten oder gesetzlichen Versicherungsträgers verbleibenden Aufwendungen für

 - Unterbringung, Verpflegung und Behandlung im Krankenhaus als allgemeine Krankenhausleistungen, Transport im Krankenwagen, im Notfallrettungsdienst auch mit dem Hubschrauber, je Versicherungsfall bis zu 100 km, mindestens aber bis zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus,
 - gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie für gesondert berechnete ärztliche Leistungen.

100 % des gesetzlichen Eigenanteils (Zuzahlung) bei stationärer Behandlung.

Werden keine Vorleistungen eines privaten oder gesetzlichen Krankenversicherungsträgers nachgewiesen, so werden die Aufwendungen für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer sowie für gesondert berechnete ärztliche Leistungen erstattet.

In Krankenhäusern, die nicht nach der Bundespflegesatzverordnung abrechnen, wird als Zuschlag für gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer die Differenz zwischen den Pflegesätzen für das Ein- oder Zweibettzimmer zum Pflegesatz für das Drei- oder Mehrbettzimmer angesetzt.
- 2. Ambulante Operation**

Die Kosten für ambulante Operationen und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen werden erstattet, soweit sie die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung übersteigen. Eingeschlossen sind die ärztlichen Leistungen für die Vor- und Abschlussuntersuchung einschließlich der Diagnostik und des medizinisch erforderlichen Verbandswechsels. Voraussetzung ist, dass diese innerhalb von fünf Tagen vor der Operation und 14 Tagen nach der Operation erfolgen. Die Vor- und Abschlussuntersuchung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der ambulanten Operation begrenzt, bzw. auf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen (§ 115a SGB V).

Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem gemäß § 115 b SGB V erstellten Katalog. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.

B. Ersatzleistung/Krankenhaustagegeld

Leistungen des Versicherers

- Krankenhaustagegeld**
- Werden bei einem Krankenhausaufenthalt ärztliche Leistungen oder Unterbringung und Verpflegung nicht im versicherten Rahmen gesondert berechnet oder in Anspruch genommen, wird ein Krankenhaustagegeld gezahlt.
- 46,00 EUR** pro Kalendertag bei nicht gesondert berechneten ärztlichen Leistungen
- 26,50 EUR** pro Kalendertag bei nicht gesondert berechneter Unterbringung.
- Für Kinder bis zum vollendeten 16. Lebensjahr wird jeweils die Hälfte des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes gezahlt.

C. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.
2. Von dem auf die Vollendung des 16., 21., 31., 41., 51., 61., 66., 71., 81., 91. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

Zahnersatz-Tarif MediDent für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

(Stand: 01.01.2013)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

Erstattungsfähig sind unter Anrechnung der Leistungen eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) insgesamt

1. Zahnersatz

100 % der in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz (vgl. Abschnitt B.1 und B. 3) im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 SGB V (siehe Anhang), sofern privat Zahnärztliche Vergütungsanteile nicht berechnet sind.

80 % der in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz und Implantate (vgl. Abschnitt B.2 und B.3) nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zur Höhe des dort genannten Gebührenrahmens, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise privat Zahnärztliche Vergütungsanteile enthält und eine ununterbrochene zehnjährige Vorsorge (§ 55 SGB V) nachgewiesen wird. Erstattet werden mindestens die Kosten der Zahnersatzbehandlung und Implantate, die unter Anrechnung der Leistungen der GKV im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 SGB V aus diesem Tarif erstattet worden wären.

Der Erstattungssatz beträgt

75 %, sofern eine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen und

70 %, wenn keine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird.

Bei der Versorgung mit Implantaten (vgl. Abschnitt B.2 und B.3) werden die Kosten für maximal vier Implantate je Kiefer erstattet.

Wird eine befundbezogene Vorleistung der GKV nicht erbracht, entfällt eine Erstattung aus Tarif MediDent. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt angerechnete befundbezogene Leistungen der GKV werden als Vorleistung der GKV berücksichtigt.

2. Höhe der Erstattung

Zu Beginn der Versicherung sind die erstattungsfähigen Aufwendungen aus Tarif MediDent begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt

750 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren,

1.500 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren,

Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls (vgl. Abschnitt B. 6) entfallen diese Höchstsätze.

Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MediDent ab dem vierten Versicherungsjahr.

B. Begriffsbestimmung

Erläuterungen

1. Als Aufwendungen für Zahnersatz werden anerkannt die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Brücken, Kronen, Inlays, Stiftzähne, die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie Material- und Laborkosten.
2. Als Aufwendungen für Implantate werden anerkannt die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten.
3. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial).
4. Entstandene Aufwendungen sind durch Urschriften der Rechnungen oder Rechnungszweitschriften nachzuweisen, auf denen die Höhe der Vorleistung der GKV, die Höhe angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt sowie die prozentuale Höhe des Festzuschusses angegeben sein müssen.
5. Für die Inanspruchnahme von Leistungen empfehlen wir, einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan ihres Zahnarztes, der auch spezifizierte Kosten für Material und Laborleistungen enthält, einzureichen. Der Versicherer teilt unverzüglich die Höhe der zu erwartenden Leistungen mit.
6. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

C. Versicherungsfähigkeit / Ende der Versicherung

Erläuterung

Versicherungsfähig sind nur Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder als Familienangehöriger bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Bei Ausscheiden aus der GKV endet der Versicherungsschutz nach Tarif MediDent zum Schluss des laufenden Monats. Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus der GKV unverzüglich zu unterrichten.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

Anhang:

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung SGB

Zahnersatz

§ 55

Leistungsanspruch

- (1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung
 1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
 2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

- (2) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn
 1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
 2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundversorgung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
 3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

- (3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
- (4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.
- (5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

Tarif MediProphy für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

(Stand: 01.01.2013)

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I AB / KK 2009)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- 1. Zahnbehandlung** **100 %** der nach Vorleistung eines Trägers der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für allgemeine Leistungen, konservierende Leistungen (mit Ausnahme von Inlays und Kronen, vgl. Abschnitt B. 2.) und chirurgische Leistungen einschließlich Röntgenleistungen sowie Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Parodontiums.
- Werden keine Vorleistungen eines Trägers der GKV nachgewiesen, so werden bei Vorlage der Originalrechnungen die sich nach Ziffer 1 ergebenden Leistungen zu **80 %** erbracht.
- 2. Zahnprophylaxe** **100 %** der erstattungsfähigen Aufwendungen für Zahnprophylaxemaßnahmen (vgl. Abschnitt B. 6.). Als Zahnprophylaxemaßnahmen werden erstattet:
- Professionelle Zahnreinigung bis zu einem Betrag von **100 EUR** pro Kalenderjahr,
 - Versiegelung (Fissurenversiegelung),
 - Fluoridierung,
 - Speicheltest zur Keimbestimmung,
 - Erstellung eines Mundhygienestatus,
 - Kariesrisikodiagnostik.

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterungen

1. Als Nachweis der Aufwendungen nach Ziffer 1 sind Rechnungszweitschriften mit Erstattungsvermerken der GKV vorzulegen.
2. Aufwendungen für Inlays/Einlagefüllungen und Kronen sind nicht versichert.
3. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt angerechnete Leistungen der GKV werden als Vorleistung der GKV berücksichtigt. Die Höhe einer Vorleistung der GKV sowie die Höhe angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt müssen nachgewiesen werden.
4. Abweichend von § 3 AVB verzichtet der Versicherer auf die Einhaltung der Wartezeiten.
5. Die Erstattung aus dem Tarif darf zusammen mit der Vorleistung der GKV oder eines sonstigen Kostenträgers die erstattungsfähigen Aufwendungen nicht übersteigen.
6. Für die Durchführung der zahnmedizinischen Prophylaxe können niedergelassene approbierte Zahnärzte sowie zahnmedizinische Fachassistenten/innen (Dentalhygieniker/in) in Anspruch genommen werden.

C. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

Erläuterungen

Versicherungsfähig sind nur Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder als Familienangehöriger bei einem Träger der deutschen GKV versichert sind.

Bei Ausscheiden aus der GKV endet der Versicherungsschutz nach Tarif **MediProphy** zum Schluss des laufenden Monats. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus der GKV unverzüglich zu unterrichten.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Von dem auf die Vollendung des 16., 21., 31., 41., 51., 61., 66., 71., 81., 91. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

Zahnersatz-Tarif MediZ Basis für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

(Stand 01.07.2013)

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/KK 2009)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- 1. Zahnersatz**
- Erstattungsfähig sind unter Anrechnung der Leistungen eines Trägers der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) insgesamt
- 100 %** der in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz (vgl. Abschnitt B.1 und B.3) im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 SGB V (s. Anhang), sofern privat Zahnärztliche Vergütungsanteile nicht berechnet sind.
- 60%** der in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz und Implantate (vgl. Abschnitt B.2 und B.3) nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zur Höhe des dort genannten Gebührenrahmens, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise privat Zahnärztliche Vergütungsanteile enthält und eine ununterbrochene zehnjährige Vorsorge (§ 55 SGB V) nachgewiesen wird. Erstattet werden mindestens die Kosten der Zahnersatzbehandlung und Implantate, die unter Anrechnung der Leistungen der GKV im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 SGB V aus diesem Tarif erstattet worden wären.
- Der Erstattungssatz beträgt
55%, sofern eine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen und
50%, wenn keine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird.
- Bei der Versorgung mit Implantaten (vgl. Abschnitt B.2 und B.3) werden die Kosten für maximal vier Implantate je Kiefer erstattet.
- Wird eine befundbezogene Vorleistung der GKV nicht erbracht, entfällt eine Erstattung aus Tarif MediZ Basis. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt angerechnete befundbezogene Leistungen der GKV werden als Vorleistung der GKV berücksichtigt.
- 2. Höhe der Erstattung**
- Zu Beginn der Versicherung sind die erstattungsfähigen Aufwendungen aus Tarif MediZ Basis begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt
300 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren,
600 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren.
- Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls (vgl. Abschnitt B. 6) entfallen diese Höchstsätze.
- Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MediZ Basis ab dem vierten Versicherungsjahr.

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterung/ Obliegenheit

1. Als Aufwendungen für Zahnersatz werden anerkannt die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Brücken, Kronen, Inlays, Stützähne, die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie Material- und Laborkosten.
2. Als Aufwendungen für Implantate werden anerkannt die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten.
3. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial).
4. Entstandene Aufwendungen sind durch Urschriften der Rechnungen oder Rechnungszweitschriften nachzuweisen, auf denen die Höhe der Vorleistung der GKV, die Höhe angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt sowie die prozentuale Höhe des Festzuschusses angegeben sein müssen.
5. Für die Inanspruchnahme von Leistungen empfehlen wir, einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan ihres Zahnarztes, der auch spezifizierte Kosten für Material und Laborleistungen enthält, einzureichen. Der Versicherer teilt unverzüglich die Höhe der zu erwartenden Leistungen mit.

6. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

C. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung/Obliegenheit

Erläuterung

Versicherungsfähig sind nur Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder als Familienangehöriger bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Bei Ausscheiden aus der GKV endet der Versicherungsschutz nach Tarif MediZ Basis zum Schluss des laufenden Monats. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus der GKV unverzüglich zu unterrichten.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Von dem auf die Vollendung des 16., 21., 31., 41., 51., 61., 66., 71., 81., 91. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

Anhang: Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung

Zahnersatz

§ 55 Leistungsanspruch

- (1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

- (2) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn
 1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
 2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsoferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
 3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsoferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

- (3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
- (4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.
- (5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

Zahnersatz-Tarif MediZ Plus*

für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

(Stand: 01.01.2013)

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
(gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/KK 2009)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

- 1. Zahnersatz**
- Erstattungsfähig sind unter Anrechnung der Leistungen eines Trägers der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) insgesamt
- 100 %** der in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz (vgl. Abschnitt B.1 und B.3) im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 SGB V (siehe Anhang), sofern privat Zahnärztliche Vergütungsanteile nicht berechnet sind.
- 80 %** der in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz und Implantate (vgl. Abschnitt B.2 und B.3) nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zur Höhe des dort genannten Gebührenrahmens, wenn die Rechnung vollständig oder teilweise privat Zahnärztliche Vergütungsanteile enthält und eine ununterbrochene zehnjährige Vorsorge (§ 55 SGB V) nachgewiesen wird. Erstattet werden mindestens die Kosten der Zahnersatzbehandlung und Implantate, die unter Anrechnung der Leistungen der GKV im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 SGB V aus diesem Tarif erstattet worden wären.
- Der Erstattungssatz beträgt
- 75 %**, sofern eine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird
- 70 %**, wenn keine ununterbrochene fünfjährige Vorsorge nachgewiesen wird.
- Bei der Versorgung mit Implantaten (vgl. Abschnitt B.2 und B.3) werden die Kosten für maximal vier Implantate je Kiefer erstattet.
- Wird eine befundbezogene Vorleistung der GKV nicht erbracht, entfällt eine Erstattung aus Tarif MediZ Plus*. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt angerechnete befundbezogene Leistungen der GKV werden als Vorleistung der GKV berücksichtigt.
- 2. Höhe der Erstattung**
- Zu Beginn der Versicherung sind die erstattungsfähigen Aufwendungen aus MediZ Plus* begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt
- 750 EUR** in den ersten beiden Versicherungsjahren,
- 1.500 EUR** in den ersten drei Versicherungsjahren.
- Bei zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls (vgl. Abschnitt B. 6) entfallen diese Höchstsätze.
- Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MediZ Plus* ab dem vierten Versicherungsjahr.

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterungen

- Als Aufwendungen für Zahnersatz werden anerkannt die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, Abformungsmaßnahmen und prothetische, bei der Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen erforderliche zahnärztliche Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Brücken, Kronen, Inlays, Stifzähne, die Wiederherstellung der Funktion von Zahnersatz (Reparaturen) sowie Material- und Laborkosten.
- Als Aufwendungen für Implantate werden anerkannt die Gebühren für Heil- und Kostenpläne, Anästhesie, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, implantologische Leistungen, Implantatkörper, implantatgetragenen Zahnersatz sowie Material- und Laborkosten.
- Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial).
- Entstandene Aufwendungen sind durch Urschriften der Rechnungen oder Rechnungszweitschriften nachzuweisen, auf denen die Höhe der Vorleistung der GKV, die Höhe angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt sowie die prozentuale Höhe des Festzuschusses angegeben sein müssen.
- Für die Inanspruchnahme von Leistungen empfehlen wir, einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan ihres Zahnarztes, der auch spezifizierte Kosten für Material und Laborleistungen enthält, einzureichen. Der Versicherer teilt unverzüglich die Höhe der zu erwartenden Leistungen mit.
- Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

C. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung

Erläuterung

Versicherungsfähig sind nur Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder als Familienangehöriger bei einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Bei Ausscheiden aus der GKV endet der Versicherungsschutz nach Tarif MediZ Plus* zum Schluss des laufenden Monats. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus der GKV unverzüglich zu unterrichten.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.
2. Von dem auf die Vollendung des 16., 21., 31., 41., 51., 61., 66., 71., 81., 91. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

Anhang:

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung

Zahnersatz

§ 55 Leistungsanspruch

- (1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung

1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

- (2) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn

1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundversicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

- (3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoein-

nahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.

- (4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.
- (5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

Zahnersatz-Tarif MediZ Premium für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung

(Stand 01.07.2013)

Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (gilt nur in Verbindung mit Teil I AB/KK 2009)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1. Zahnersatz

Erstattungsfähig sind unter Anrechnung der Leistungen eines Trägers der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) insgesamt

100 % der in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz (vgl. Abschnitt B.1 und B. 2) im Rahmen der Regelversorgung gemäß § 55 SGB V (s. Anhang), sofern privat Zahnärztliche Vergütungsanteile nicht berechnet sind.

90 % der in Rechnung gestellten Kosten für Zahnersatz und Implantate (vgl. Abschnitt B.1 und B. 2) im Rahmen privat Zahnärztlicher Versorgung nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte und Ärzte bis zur Höhe des dort genannten Gebührenrahmens, wenn in den vorangegangenen fünf Jahren eine ununterbrochene Zahnärztliche Vorsorge nachgewiesen wird. Der Erstattungssatz beträgt **85 %**, wenn keine ununterbrochene fünfjährige Zahnärztliche Vorsorge nachgewiesen wird.

Wird eine dem Grunde nach zur Verfügung stehende Vorleistung der GKV nicht in Anspruch genommen, so werden bei Vorlage der Originalrechnung (vgl. Abschnitt B. 7) die sich nach Ziffer 1 ergebenden Leistungen zur Hälfte erbracht.

1.1 Höhe der Erstattung

Zu Beginn der Versicherung sind die Erstattungsfähigen Aufwendungen aus Tarif MediZ Premium begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt

750 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren,
1.500 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren,
2.250 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren.

Bei Zahnärztlicher Behandlung infolge eines Unfalls (vgl. Abschnitt B. 5) entfallen diese Höchstsätze.

Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten vier Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für Zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MediZ Premium ab dem fünften Versicherungsjahr.

2. Kieferorthopädische Behandlung

100 % der in Rechnung gestellten Kosten für eine erstmalige medizinisch notwendige Behandlung einer Zahn- oder Kieferfehlstellung, die eine Korrektur erfordert. Die ärztliche Behandlung muss vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen werden.

2.1 Höhe der Erstattung

Sofern die GKV keine Leistungen für eine Kieferorthopädische Indikation erbringt, sind die Erstattungsfähigen Aufwendungen aus Tarif MediZ Premium begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt

200 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren,
300 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren,
300 EUR pro Jahr ab dem vierten Versicherungsjahr.

Sofern die GKV Leistungen für eine Kieferorthopädische Indikation erbringt (§ 29 SGB V, s. Anhang), sind die Erstattungsfähigen Aufwendungen aus Tarif MediZ Premium begrenzt auf einen Erstattungshöchstbetrag von insgesamt

100 EUR in den ersten beiden Versicherungsjahren,
150 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren,
150 EUR pro Jahr ab dem vierten Versicherungsjahr.

Die Leistungsbegrenzung gilt auch bei Tarifwechsel. Errechnet sich dadurch innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre nach Tarifwechsel ein niedrigerer Erstattungsanspruch für Zahnärztliche Heilbehandlung als im Vortarif, werden die höheren Leistungen des Vortarifs erbracht, höchstens jedoch die Leistungen des Tarifs MediZ Premium ab dem vierten Versicherungsjahr.

B. Begriffsbestimmung/Umfang der Leistungspflicht

Erläuterung

1. Als Aufwendungen für Zahnersatz und Implantate werden anerkannt: Einlagefüllungen (Inlays), Veneers, Verblendungen, Kronen, Teleskopkronen, Teilkronen und Onlays, Prothetische Leistungen (Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen sowie deren Reparatur), Implantologische Leistungen einschließlich Suprakonstruktionen, augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial, sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung und Sinuslift), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Material- und Laborkosten, Anästhesie sowie die Kosten für den Heil- und Kostenplan.
Keramischer Zahnersatz und keramische Verblendungen sind bis Zahn 8 erstattungsfähig.
2. Für die Inanspruchnahme von Zahnersatzleistungen empfehlen wir, einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan ihres Zahnarztes, der auch spezifizierte Kosten für Material und Laborleistungen enthält, einzureichen. Der Versicherer teilt unverzüglich die Höhe der zu erwartenden Leistungen mit.

Für die Inanspruchnahme kieferorthopädischer Leistungen muss ein Heil- und Kostenplan zusammen mit dem Vorleistungsnachweis oder mit dem Ablehnungsbescheid der GKV eingereicht werden.
3. Ein mit der GKV vereinbarter Selbstbehalt wird nicht erstattet. Auf den Selbstbehalt angerechnete Leistungen der GKV werden als Vorleistung der GKV berücksichtigt.
4. Entstandene Aufwendungen sind durch Originalrechnungen oder Rechnungskopien nachzuweisen, auf denen die Höhe der Vorleistung der GKV, die Höhe angerechneter Leistungen auf einen Selbstbehalt sowie die prozentuale Höhe des Festzuschusses angegeben sein müssen.
5. Ein Unfall liegt vor, wenn der Versicherte durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
6. Die Erstattung aus Tarif MediZ Premium darf zusammen mit der Vorleistung der GKV die erstattungsfähigen Aufwendungen nicht übersteigen.
7. Eine dem Grunde nach zur Verfügung stehende Vorleistung wird nicht in Anspruch genommen, wenn z. B. Originalrechnungen nicht bei der gesetzlichen Krankenkasse eingereicht wurden, oder die gesetzliche Krankenkasse keine Leistung erbringt, weil ein Arzt ohne Kassenzulassung gewählt wurde.
8. Stellt die GKV zukünftig für eine medizinisch notwendige Behandlungsmaßnahme keine befundbezogenen Vorleistungen zur Verfügung, so werden bei Vorlage der Originalrechnung die sich nach Ziffer 1 ergebenden Leistungen im tariflichen Umfang erbracht. Befundbezogene Vorleistungen werden dann nicht zur Verfügung gestellt, wenn z. B. Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV herausgenommen werden.

C. Versicherungsfähigkeit/Ende der Versicherung/Obliegenheit

Erläuterung

Versicherungsfähig sind nur Personen, die aufgrund eigener Mitgliedschaft oder als Familienangehöriger bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Bei Ausscheiden aus der GKV endet der Versicherungsschutz nach Tarif MediZ Premium zum Schluss des laufenden Monats. Die versicherte Person ist verpflichtet, den Versicherer vom Ausscheiden aus der GKV unverzüglich zu unterrichten.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend.
2. Von dem auf die Vollendung des 16., 21., 31., 41., 51., 61., 66., 71., 81., 91. Lebensjahres folgenden Monats an ist jeweils der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

Anhang:

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)

Gesetzliche Krankenversicherung

Leistungen bei Krankheit

§ 29 Kieferorthopädische Behandlung

- (1) Versicherte haben Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht.
- (2) Versicherte leisten zu der kieferorthopädischen Behandlung nach Absatz 1 einen Anteil in Höhe von 20 vom Hundert der Kosten an den Vertragszahnarzt. Satz 1 gilt nicht für im Zusammenhang mit kieferorthopädischer Behandlung erbrachte konservierend-chirurgische und Röntgenleistungen. Befinden sich mindestens zwei versicherte Kinder, die bei Beginn der Behandlung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und mit ihren Erziehungsberechtigten in einem gemeinsamen Haushalt leben, in kieferorthopädischer Behandlung, beträgt der Anteil nach Satz 1 für das zweite und jedes weitere Kind 10 vom Hundert.
- (3) Der Vertragszahnarzt rechnet die kieferorthopädische Behandlung abzüglich des Versichertenanteils nach Absatz 2 Satz 1 und 3 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ab. Wenn die Behandlung in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang abgeschlossen worden ist, zahlt die Kasse den von den Versicherten geleisteten Anteil nach Absatz 2 Satz 1 und 3 an die Versicherten zurück.
- (4) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 befundbezogen die objektiv überprüfbaren Indikationsgruppen, bei denen die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen vorliegen. Dabei sind auch einzuhaltende Standards zur kieferorthopädischen Befunderhebung und Diagnostik vorzugeben.

Zahnersatz

§ 55 Leistungsanspruch

- (1) Versicherte haben nach den Vorgaben in den Sätzen 2 bis 7 Anspruch auf befundbezogene Festzuschüsse bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen (zahnärztliche und zahntechnische Leistungen) in den Fällen, in denen eine zahnprothetische Versorgung notwendig ist und die geplante Versorgung einer Methode entspricht, die gemäß § 135 Abs. 1 anerkannt ist. Die Festzuschüsse umfassen 50 vom Hundert der nach § 57 Abs. 1 Satz 6 und Abs. 2 Satz 6 und 7 festgesetzten Beträge für die jeweilige Regelversorgung. Für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne erhöhen sich die Festzuschüsse nach Satz 2 um 20 vom Hundert. Die Erhöhung entfällt, wenn der Gebisszustand des Versicherten regelmäßige Zahnpflege nicht erkennen lässt und der Versicherte während der letzten fünf Jahre vor Beginn der Behandlung
 1. die Untersuchungen nach § 22 Abs. 1 nicht in jedem Kalenderhalbjahr in Anspruch genommen hat und
 2. sich nach Vollendung des 18. Lebensjahres nicht wenigstens einmal in jedem Kalenderjahr hat zahnärztlich untersuchen lassen.

Die Festzuschüsse nach Satz 2 erhöhen sich um weitere 10 vom Hundert, wenn der Versicherte seine Zähne regelmäßig gepflegt und in den letzten zehn Kalenderjahren vor Beginn der Behandlung die Untersuchungen nach Satz 4 Nr. 1 und 2 ohne Unterbrechung in Anspruch genommen hat. Dies gilt nicht in den Fällen des Absatzes 2. Für Versicherte, die nach dem 31. Dezember 1978 geboren sind, gilt der Nachweis für eigene Bemühungen zur Gesunderhaltung der Zähne für die Jahre 1997 und 1998 als erbracht.

- (2) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen Betrag in jeweils gleicher Höhe, angepasst an die Höhe der für die Regelversorgungsleistungen tatsächlich anfallenden Kosten, höchstens jedoch in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten, wenn sie ansonsten unzumutbar belastet würden; wählen Versicherte, die unzumutbar belastet würden, nach Absatz 4 oder 5 einen über die Regelversorgung hinausgehenden gleich- oder andersartigen Zahnersatz, leisten die Krankenkassen nur den doppelten Festzuschuss. Eine unzumutbare Belastung liegt vor, wenn
 1. die monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Versicherten 40 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches nicht überschreiten,
 2. der Versicherte Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Zwölften Buch oder im Rahmen der Kriegsopferfürsorge nach dem Bundesversorgungsgesetz, Leistungen nach dem Recht der bedarfsorientierten Grundsicherung, Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts nach dem Zweiten Buch, Ausbildungsförderung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder dem Dritten Buch erhält oder
 3. die Kosten der Unterbringung in einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung von einem Träger der Sozialhilfe oder der Kriegsopferfürsorge getragen werden.

Als Einnahmen zum Lebensunterhalt der Versicherten gelten auch die Einnahmen anderer in dem gemeinsamen Haushalt lebender Angehöriger und Angehöriger des Lebenspartners. Zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt gehören nicht Grundrenten, die Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach anderen Gesetzen in entsprechender Anwendung des Bundesversorgungsgesetzes erhalten, sowie Renten oder Beihilfen, die nach dem Bundesentschädigungsgesetz für Schäden an Körper und Gesundheit gezahlt werden, bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz. Der in Satz 2 Nr. 1 genannte Vomhundertsatz erhöht sich für den ersten in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten um 15 vom Hundert und für jeden weiteren in dem gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners um 10 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches.

- (3) Versicherte haben bei der Versorgung mit Zahnersatz zusätzlich zu den Festzuschüssen nach Absatz 1 Satz 2 Anspruch auf einen weiteren Betrag. Die Krankenkasse erstattet den Versicherten den Betrag, um den die Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 das Dreifache der Differenz zwischen den monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt und der zur Gewährung eines zweifachen Festzuschusses nach Absatz 2 Satz 2 Nr. 1 maßgebenden Einnahmegrenze übersteigen. Die Beteiligung an den Kosten umfasst höchstens einen Betrag in Höhe der zweifachen Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2, jedoch nicht mehr als die tatsächlich entstandenen Kosten.
- (4) Wählen Versicherte einen über die Regelversorgung gemäß § 56 Abs. 2 hinausgehenden gleichartigen Zahnersatz, haben sie die Mehrkosten gegenüber den in § 56 Abs. 2 Satz 10 aufgelisteten Leistungen selbst zu tragen.
- (5) Die Krankenkassen haben die bewilligten Festzuschüsse nach Absatz 1 Satz 2 bis 7, den Absätzen 2 und 3 in den Fällen zu erstatten, in denen eine von der Regelversorgung nach § 56 Abs. 2 abweichende, andersartige Versorgung durchgeführt wird.

Krankenhaustagegeld-Tarif K

(Stand: 01.01.2013)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KK 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1. Krankenhaustagegeld bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung und Entbindung in vereinbarter Höhe je Tag eines Krankenhausaufenthaltes.
2. Bei teilstationärer Behandlung mit einem Krankenhausaufenthalt von weniger als 24 Stunden pro Tag wird die Hälfte des vereinbarten Tagessatzes gezahlt.
3. Für eine Entbindung kann anstelle des Krankenhaustagegeldes eine Pauschalleistung in Höhe von 4 Tagessätzen gewählt werden.
4. Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung von Soldaten im Sanitätsbereich der Truppe wird nach einem ununterbrochenen Aufenthalt von 7 Tagen für jeden folgenden Tag die Hälfte des vereinbarten Krankenhaustagegeldes gezahlt.
5. Bei einem Kuraufenthalt innerhalb von zwei Monaten nach einer mindestens 10 Tage dauernden Krankenhausbehandlung wird für jeden Tag des Kuraufenthaltes, längstens für 28 Tage, die Hälfte des versicherten Krankenhaustagegeldes gezahlt.
6. Das Krankenhaustagegeld kann in Höhe von 5,00 EUR oder einem Vielfachen hiervon vereinbart werden.

B. Wartezeiten

Erläuterung

Die Bestimmungen des § 3 Abs. 4.1 AVB gelten auch bei Erweiterung des Versicherungsschutzes.

C. Nachweise

Erläuterung

Für die Zahlung des Krankenhaustagegeldes muss eine Bescheinigung des Krankenhausarztes über die Dauer der stationären Behandlung mit genauer Krankheitsbezeichnung vorgelegt werden, sofern diese Angaben nicht aus eingereichten Kostenbelegen ersichtlich sind.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.
2. Sobald eine versicherte Person das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet hat, ist ab Beginn des folgenden Monats der der nächsthöheren Altersgruppe entsprechende Beitrag zu zahlen.
3. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

Krankentagegeld-Tarif TG

(Stand: 01.01.2013)

Teil III der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(gilt nur in Verbindung mit Teil I MB/KT 2009 und Teil II Tarifbedingungen)

A. Tarifleistungen

Leistungen des Versicherers

1. Für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit (§ 1 Abs. 3 AVB) wird ab vereinbartem Leistungsbeginn, frühestens nach Fortfall der Gehaltszahlung, ein Krankentagegeld in vertraglicher Höhe pro Kalendertag gezahlt.
2. Als Leistungsbeginn kann vereinbart werden in
Tarifstufe TG1 der 8. Tag der Arbeitsunfähigkeit
Tarifstufe TG2 der 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit
Tarifstufe TG3 der 22. Tag der Arbeitsunfähigkeit
Tarifstufe TG4 der 29. Tag der Arbeitsunfähigkeit
Tarifstufe TG6 der 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit
Tarifstufe TG13 der 92. Tag der Arbeitsunfähigkeit
Tarifstufe TG26 der 183. Tag der Arbeitsunfähigkeit
Tarifstufe TG52 der 366. Tag der Arbeitsunfähigkeit
3. Das Krankentagegeld kann in einer Höhe von 1 EUR oder einem Vielfachen hiervon versichert werden.

B. Versicherungsfähigkeit

Erläuterungen

1. Versicherungsfähig sind nur berufstätige Personen.
2. Nach den Tarifen TG1, TG2, TG3 und TG4 können nur Personen versichert werden, die ihren Beruf als Selbstständige ausüben und zur Abgabe einer Einkommensteuererklärung verpflichtet sind.
3. Nach den Tarifen TG6, TG13, TG26 und TG52 können nur Personen versichert werden, die ihren Beruf als Selbstständige ausüben und zur Abgabe einer Einkommensteuererklärung verpflichtet sind oder die in einem festen Arbeitsverhältnis stehen und lohnsteuerpflichtig sind.

C. Sonstige Beendigungsgründe

Erläuterung

Wird ein versicherter Arbeitnehmer nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die Drei-Monats-Frist des § 15 a) AVB auf sechs Monate. § 15 b) AVB bleibt unverändert.

D. Beiträge

Beitragsberechnung

1. Für die Höhe der Beiträge ist das Geschlecht und das bei Beginn des Versicherungsvertrages erreichte Alter (Anzahl der vollendeten Lebensjahre) des Versicherten maßgebend; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden.
2. Die monatliche Beitragsrate ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. einem späteren Nachtragsversicherungsschein.

Für Ihre Notizen

Für Ihre Notizen

Lined area for notes.

**Gothaer
Krankenversicherung AG
Hauptverwaltung
Arnoldiplatz 1
50969 Köln
Telefon 0221 308-00
www.gothaer.de**