

per E-Mail an:
kranken-firmen@allianz.de

– betriebliche Krankenversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

beiliegend sende ich Ihnen folgende Unterlagen zurück, die für die Besteuerung und Policierung notwendig sind:

- Gruppenversicherungsvertrag
Eine vollständige und vom Vertragspartner gegengezeichnete Ausfertigung.
- Empfangsbestätigung des Versicherungsnehmers
Vom Vertragspartner unterzeichnet.
- Ergänzende Angaben/SEPA-Mandat
Vollständig ausgefüllt und vom Vertragspartner unterzeichnet.

Die ebenfalls erforderlichen Vermittlerdaten lauten wie folgt:

Vermittlernummer/FOM: _____

Name: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Mit freundlichen Grüßen

Gruppenversicherungsvertrag

zwischen

– nachstehend „Versicherungsnehmer“ genannt –

und

Allianz Private Krankenversicherungs-AG
Königinstraße 28
80802 München

– nachstehend „Allianz Private Krankenversicherung“ genannt –

1 Versicherbare Tarife, versicherbarer Personenkreis

1.1 Gegenstand dieses Vertrages sind folgende Gruppenversicherungstarife der Kategorie D:

a) für gesetzlich versicherte Personen

- Tarif betriebliche KV MeinGesundheitsBudget
 - 600 (FB600)
 - 900 (FB900)
 - 1200 (FB1200)
 - 1500 (FB1500)
- Tarif betriebliche KV MeinGesundheitsBudget kombi
 - 600 (FBK600)
 - 900 (FBK900)
 - 1200 (FBK1200)
 - 1500 (FBK1500)
- Tarif betriebliche KV Zahnersatz Plus (FZZP02)
- Tarif betriebliche KV Vorsorge (FAV01)
- Tarif betriebliche KV VorsorgeExtra (FAVE01)
- Tarif betriebliche KV Krankenhaus bei Unfall (FKHU01)
- Tarif betriebliche KV Krankenhaustagegeld (FKHT01) mit Tagessatz _____ EUR
- Tarif betriebliche KV Reise (FRP01)

b) für privat versicherte Personen

- Tarif betriebliche KV MeinGesundheitsBudget
 - 600 (FB600)
 - 900 (FB900)
 - 1200 (FB1200)
 - 1500 (FB1500)
- Tarif betriebliche KV Vorsorge (FAV01)
- Tarif betriebliche KV VorsorgeExtra (FAVE01)
- Tarif betriebliche KV Krankenhaustagegeld (FKHT01) mit Tagessatz _____ EUR
- Tarif betriebliche KV Reise (FRP01)

Beitragsbefreiung für alle Tarife des Gruppenversicherungsvertrages

1.2 Zum versicherbaren Personenkreis der Tarife nach Ziffer 1.1 a) gehören (als Hauptversicherte) die Mitarbeitenden des Versicherungsnehmers, die Anspruch auf Leistungen aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung haben (Tarifierungsgruppe 1).

- und bei denen die Probezeit beendet ist.

Zum versicherbaren Personenkreis der Tarife nach Ziffer 1.1 b) gehören (als Hauptversicherte) die Mitarbeitenden des Versicherungsnehmers, für die eine substitutive Krankenversicherung besteht (Tarifierungsgruppe 2).

- und bei denen die Probezeit beendet ist.

1.3 Es gelten die jeweils gültigen Versicherungsbedingungen und Beiträge.

2 Mindestbeteiligung

2.1 Der Versicherungsnehmer versichert alle Personen, die gemäß Ziffer 1.2 zum versicherbaren Personenkreis gehören, nach den unter Ziffer 1.1 festgelegten Tarifen, sofern diese die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach den jeweiligen Tarifen erfüllen.

Personen, die nachweislich bereits im Besitz eines gleichartigen Versicherungsschutzes sind, können hiervon ausgenommen werden.

Im Rahmen dieses Vertrages müssen mindestens 5 Hauptversicherte pro Tarif bzw. Budgetstufe versichert sein. Dies gilt nicht für Tarif betriebliche KV Krankenhaustagegeld (FKHT01), wenn darin ausschließlich Personen aus Tarifierungsgruppe 2 und gleichzeitig mindestens 5 Personen aus Tarifierungsgruppe 1 u.a. in Tarif betriebliche KV Krankenhaus bei Unfall (FKHU01) versichert sind.

- 2.2 Die Allianz Private Krankenversicherung ist berechtigt, den Vertrag mit Monatsfrist zum Schluss des Kalender- vierteljahres in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) zu kündigen. Das Kündigungsrecht setzt einen der folgenden Fälle voraus:
- a) Der Versicherungsnehmer erfüllt seine Pflicht nach Ziffer 2.1 Satz 1 nicht.
 - b) Die Mindestbeteiligung gemäß Ziffer 2.1 Sätze 3 und 4
 - wird nicht erreicht
 - ist zwar zuvor erreicht worden, aber danach ist sie wieder unterschritten worden.

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Erreichen der Mindestbeteiligung ist der Tag, an dem die Kündigung versandt wird.

3 Anmeldung und Abmeldung der versicherbaren Personen

- 3.1 Der Versicherungsnehmer beantragt für die versicherbaren Personen die Teilnahme an diesem Vertrag, indem er der Allianz Privaten Krankenversicherung die zur Verwaltung erforderlichen Daten dieser Personen anhand der Liste übermittelt, die ihm die Allianz Private Krankenversicherung zur Verfügung stellt.
- 3.2 Die Teilnahme an diesem Vertrag muss für die einzelne Versicherung zu dem Zeitpunkt beginnen, zu dem die Zugehörigkeit zum versicherbaren Personenkreis beginnt (Versicherungsbeginn). Der Versicherungsbeginn kann nicht vor Beginn dieses Vertrages und nicht vor dem Monatsersten liegen, der auf den Tag folgt, an dem der Allianz Privaten Krankenversicherung der Antrag auf Abschluss der einzelnen Versicherung zugegangen ist.
- 3.3 Die Beantragung des Versicherungsschutzes muss vor dem Versicherungsbeginn erfolgen, frühestens drei Monate vorher. Bei verspäteter Beantragung behält sich die Allianz Private Krankenversicherung das Recht vor, rückwirkend einen Versicherungsbeginn zu einem Monatsersten festzulegen bzw. den Versicherungsschutz abzulehnen.
- 3.4 Der Versicherungsschutz beginnt zu dem vereinbarten Zeitpunkt nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen. Mit diesem Beginn des Versicherungsschutzes erklärt sich der Versicherungsnehmer einverstanden, auch wenn er vor Ablauf der Widerrufsfrist liegt.
- 3.5 Besteht bei Abschluss eines Gruppenversicherungstarifs für eine versicherte Person bereits eine private Krankenversicherung oder ein Wahltarif der Gesetzlichen Krankenversicherung mit Versicherungsschutz für einen Leistungsbereich, den auch der für sie abgeschlossene Gruppenversicherungstarif umfasst, so kann der Versicherungsnehmer den Abschluss dieses Tarifs für die versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach Versicherungsbeginn widerrufen. Nach Ablauf dieser Zweimonatsfrist kann der Versicherungsnehmer den Gruppenversicherungstarif für die versicherte Person zum Ende eines jeden Monats kündigen.

Die Kündigung der einzelnen Versicherung richtet sich im Übrigen nach den Versicherungsbedingungen für die nach Ziffer 1.1 von diesem Vertrag erfassten Gruppenversicherungstarife.

- 3.6 Der Versicherungsnehmer meldet der Allianz Privaten Krankenversicherung diejenigen versicherten Personen, die aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden. Die Meldung erfolgt zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem versicherbaren Personenkreis.
- 3.7 Der Versicherungsnehmer informiert den betroffenen Hauptversicherten über die Beendigung der Teilnahme an diesem Vertrag.

- 3.8 Der Abschluss der einzelnen Versicherung erfolgt jeweils unter der Bedingung, dass der Hauptversicherte die unterschriebene Erklärung „Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung“ der Allianz Privaten Krankenversicherung vorlegt. Wenn diese Bedingung nicht eintritt, wird die einzelne Versicherung rückwirkend zum Versicherungsbeginn beendet. Die Erklärung muss spätestens 3 Monate, nachdem der Hauptversicherte erstmals Versicherungsleistungen beantragt, bei der Allianz Privaten Krankenversicherung eingehen.
Bei einer Versicherung nach Tarif betriebliche KV Krankenhaus bei Unfall muss die Erklärung spätestens drei Monate, nachdem für den Hauptversicherten die Teilnahme am Gruppenversicherungsvertrag beantragt worden ist, eingehen.

Widerruft der Hauptversicherte die Erklärung nachträglich, endet die einzelne Versicherung mit dem Tag, an dem der Allianz Privaten Krankenversicherung der Widerruf zugeht.

4 Anspruch des Hauptversicherten

Der Hauptversicherte hat einen unmittelbaren Anspruch auf Versicherungsleistungen gegen die Allianz Private Krankenversicherung. Die Zustimmung des Versicherungsnehmers ist für die Geltendmachung dieses Anspruchs nicht erforderlich.

5 Beitragszahlung

- 5.1 Der Versicherungsnehmer ist zur Zahlung der Beiträge an die Allianz Private Krankenversicherung verpflichtet.
- 5.2 Die zu zahlenden Beiträge ergeben sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein. Die Fälligkeit der Beiträge ergibt sich aus den Versicherungsbedingungen für die nach Ziffer 1.1 von diesem Vertrag erfassten Gruppenversicherungstarife.
- 5.3 Die fälligen Beiträge werden von der Allianz Privaten Krankenversicherung von dem Konto abgebucht, das vom Versicherungsnehmer benannt wird.
- 5.4 Die Allianz Private Krankenversicherung rechnet fällige Beitragsforderungen oder eine andere ihr aus diesem Vertrag zustehende Forderung nicht gegen Leistungsansprüche des Hauptversicherten auf.

6 Verwaltung der Versicherungen

- 6.1 Die Allianz Private Krankenversicherung informiert den Versicherungsnehmer über die Abbuchungen und Rückzahlung von Beiträgen im Rahmen dieses Vertrages. Über Änderungen der Versicherungen erteilt die Allianz Private Krankenversicherung dem Versicherungsnehmer einen geänderten Versicherungsschein.
- 6.2 Der Hauptversicherte erhält bei Beginn der Teilnahme an diesem Vertrag und bei Änderungen des Versicherungsschutzes von der Allianz Privaten Krankenversicherung eine „Bescheinigung für den Versicherten“.
- 6.3 Der Versicherungsnehmer informiert den Hauptversicherten bei Beginn der Teilnahme an diesem Vertrag über den Inhalt dieses Vertrages sowie während der Dauer des Versicherungsverhältnisses über Änderungen dieses Vertrages. Er stellt dem Hauptversicherten jeweils die für seinen Versicherungsschutz maßgeblichen Versicherungsbedingungen auf Anfrage zur Verfügung. Außerdem informiert er den Hauptversicherten, dass Daten zur versicherten Person bei der Allianz Privaten Krankenversicherung und ggf. bei dem betreuenden Vermittler gespeichert werden.
- 6.4 Der Versicherungsnehmer unterstützt die Allianz Private Krankenversicherung bei der Verwaltung der Versicherungen im Rahmen dieses Vertrages und erteilt Auskünfte, soweit er dazu berechtigt ist.

Für die Tätigkeiten nach den Ziffern 6.3 und 6.4 zahlt die Allianz Private Krankenversicherung weder Vergütungen noch übernimmt sie die Kosten.

7 Verzicht auf Gesundheitsprüfung

Für Versicherungen, die im Rahmen dieses Vertrages beantragt werden, verzichtet die Allianz Private Krankenversicherung auf die Durchführung einer Gesundheitsprüfung. Die Bestimmung über die vorvertragliche Anzeigepflicht nach den Versicherungsbedingungen zu den nach Ziffer 1.1 von diesem Vertrag erfassten Gruppenversicherungstarifen gilt insoweit nicht.

Sätze 1 und 2 gelten auch für die Erweiterung eines bestehenden Versicherungsschutzes durch den Versicherungsnehmer.

8 Dauer des Vertrages

- 8.1 Dieser Vertrag beginnt am 01. Dies setzt voraus, dass bis zu diesem Tag die ordnungsgemäß ausgefüllte Vertragserklärung der Allianz Privaten Krankenversicherung, Abteilung Firmenkundengeschäft, zugegangen ist. Erfolgt der Zugang dieser Unterlage erst später, beginnt der Vertrag mit dem darauf folgenden Monatsersten. Als Zugang ist der Erhalt der Unterlage in der Abteilung Firmenkundengeschäft maßgeblich. Der Vertrag gilt zunächst bis zum 31.12.
- 8.2 Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein weiteres Jahr, wenn er nicht zum Ende des Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) ordentlich gekündigt wird oder von der Allianz Privaten Krankenversicherung nach Ziffer 2.2 oder Ziffer 10 außerordentlich gekündigt wird.

9 Sondervereinbarung

- 9.1 Tarif betriebliche KV Vorsorge
Diese Sondervereinbarung betrifft ausschließlich den Gruppenversicherungstarif betriebliche KV Vorsorge. Im Rahmen dieses Vertrages gilt für diesen Tarif Folgendes:
Die versicherte Person ist abweichend von Ziffer 3.1 der Versicherungsbedingungen nach diesem Tarif auch versicherungsfähig, solange für sie eine substitutive Krankenversicherung besteht. Mit Wegfall dieser Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene versicherte Person, sofern sie nicht die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach Ziffer 3.1 erfüllt.
Ziffer 3.2 bleibt unberührt.
Besteht für die versicherte Person eine substitutive Krankenversicherung, ersetzt die Allianz Private Krankenversicherung abweichend von Ziffer 1.2 der Versicherungsbedingungen 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen. Bei Vorleistungen der substitutiven Krankenversicherung werden 100 % der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.
Die Beendigungsgründe nach Ziffer 6.2.1 und 6.2.2 der Versicherungsbedingungen werden abbedungen.
- 9.2 Tarif betriebliche KV VorsorgeExtra
Diese Sondervereinbarung betrifft ausschließlich den Gruppenversicherungstarif betriebliche KV VorsorgeExtra. Im Rahmen dieses Vertrages gilt für diesen Tarif Folgendes:
Die versicherte Person ist abweichend von Ziffer 3.1 der Versicherungsbedingungen nach diesem Tarif auch versicherungsfähig, solange für sie eine substitutive Krankenversicherung besteht. Mit Wegfall dieser Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene versicherte Person, sofern sie nicht die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach Teil 3.1 erfüllt.
Ziffer 3.2 bleibt unberührt.
Besteht für die versicherte Person eine substitutive Krankenversicherung, ersetzt die Allianz Private Krankenversicherung abweichend von Ziffer 1.2 und 1.3 der Versicherungsbedingungen 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen. Bei Vorleistungen der substitutiven Krankenversicherung werden 100 % der verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.
Die Beendigungsgründe nach Ziffer 6.2.1 und 6.2.2 der Versicherungsbedingungen werden abbedungen.

- 9.3 **Tarif betriebliche KV Reise**
Diese Sondervereinbarung betrifft ausschließlich den Gruppenversicherungstarif betriebliche KV Reise.
Im Rahmen dieses Vertrages gilt für diesen Tarif Folgendes:
Die versicherte Person ist abweichend von Ziffer 4.1 der Versicherungsbedingungen nach diesem Tarif auch versicherungsfähig, solange für sie eine substitutive Krankenversicherung besteht. Mit Wegfall dieser Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene versicherte Person, sofern sie nicht die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit nach Ziffer 4.1 erfüllt.
Ziffer 4.2 bleibt unberührt.

10 Veröffentlichungen

Der Versicherungsnehmer stimmt sich mit der Allianz Privaten Krankenversicherung über den Inhalt aller Veröffentlichungen ab, die sich auf diesen Vertrag, die Gruppenversicherungstarife gemäß Ziffer 1.1 oder auf die Versicherungsbedingungen beziehen.

11 Einspruchsrecht der Aufsichtsbehörde oder des Treuhänders

Sollte die Aufsichtsbehörde oder der Treuhänder im Sinne von § 157 des Versicherungsaufsichtsgesetzes Änderungen dieses Vertrages bzw. der den Gruppenversicherungstarifen gemäß Ziffer 1.1 zugrundeliegenden Technischen Berechnungsgrundlagen verlangen, so hat der Versicherungsnehmer hierbei mitzuwirken und solche Änderungen im Einvernehmen mit der Allianz Private Krankenversicherung vorzunehmen. Sollte dem Verlangen der Aufsichtsbehörde oder des Treuhänders vom Versicherungsnehmer oder seinen Organen nicht Rechnung getragen werden, so steht der Allianz Privaten Krankenversicherung das Recht zu, den Vertrag in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, E-Mail) mit Monatsfrist zum Schluss des laufenden Kalendervierteljahres zu kündigen.

12 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder undurchführbar sein oder nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, bleibt davon die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen unberührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der wirtschaftlichen Zielsetzung am nächsten kommen, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen bzw. undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist.

_____, _____ München, _____
Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Empfangsbestätigung des Versicherungsnehmers

Der Versicherungsnehmer hat vor Abschluss dieses Vertrages folgende Unterlagen erhalten:
– „Versicherungsinformationen“
– Versicherungsbedingungen zu den in Ziffer 1.1 genannten Gruppenversicherungstarifen

_____, _____
Ort, Datum

Stempel und Unterschrift

Ergänzende Angaben

zum Gruppenversicherungsvertrag für die betriebliche Krankenversicherung mit:

Adressen für den Versand der Versicherungsunterlagen

Im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages erhält der Versicherungsnehmer regelmäßig Versicherungsunterlagen von der Allianz Privaten Krankenversicherungs-AG. Deren Zustellung kann an eine Firmenadresse Ihrer Wahl oder falls vorhanden an Ihren Versicherungsmakler erfolgen.

Ohne weitere Angabe werden die Dokumente an die im Gruppenversicherungsvertrag genannte Adresse des Firmensitzes verschickt.

Police („Sammelpolice“)

Firmenname (sofern abweichend vom Versicherungsnehmer)

Abteilung / Name Ansprechpartner:in

Straße, Hausnummer / Postfach

Postleitzahl / Ort

Rechnung (falls abweichend von der Police gewünscht)

Firmenname (sofern abweichend vom Versicherungsnehmer)

Abteilung / Name Ansprechpartner:in

Straße, Hausnummer / Postfach

Postleitzahl / Ort

Postempfangsvollmacht (falls Versand an Makler gewünscht bitte hier unterschreiben)

Der Versicherungsnehmer bevollmächtigt hiermit den betreuenden Makler dazu, die oben genannten Dokumente (Police, Rechnung) für diesen Gruppenversicherungsvertrag postalisch in Empfang zu nehmen.

Ort, Datum

Unterschrift durch Zeichnungsberechtigte:n des Versicherungsnehmers

Mit der Unterschrift am Ende dieses Dokuments werden folgende Punkte bestätigt:

Zahlungsweise der Beiträge

Die Zahlungsweise soll wie folgt vorgenommen werden:

- jährlich halbjährlich monatlich

Monat der Hauptfälligkeit des Beitragseinzugs bei halb- oder jährlicher Zahlweise: _____
(Ohne Angabe gilt der Monat des Beginns des Gruppenversicherungsvertrages als Monat der Hauptfälligkeit)

Eine monatliche Zahlungsweise hat lohnsteuerliche Folgen für eine mögliche Lohnsteuer-Pauschalierung nach § 40 Abs. 1 Nr. 1 EStG. Bitte sprechen Sie ggf. Ihren steuerlichen Berater an.

Die Zahlungsweise und die damit verbundene lohnsteuerliche Behandlung der Beiträge zur betrieblichen Krankenversicherung können Auswirkungen auf deren Beitragspflicht in der gesetzlichen Sozialversicherung haben. Bitte sprechen Sie ggf. Ihren Berater oder die Einzugsstelle des SV-Gesamtbeitrags (Gesetzliche Krankenkasse) an.

Vereinbarung Mindesterbefüllung

Zu Vertragsbeginn beträgt die Anzahl der Personen in den Tarifierungsgruppen:

- Gruppe 1: _____
- Gruppe 2: _____

Abweichender Versand der „Bescheinigung für den Versicherten“ (falls gewünscht)

Die „Bescheinigung für den Versicherten“, mit der die versicherte Person über ihren Versicherungsschutz informiert wird, wird grundsätzlich zu Beginn ihrer betrieblichen Krankenversicherung sowie ggf. bei späteren Änderungen ihres Versicherungsschutzes an die versicherte Person versendet.

Abweichend davon soll die „Bescheinigung für den Versicherten“ zu Beginn der jeweiligen betrieblichen Krankenversicherung sowie ggf. bei späteren Änderungen versendet werden an

- den Vermittler
- den Versicherungsnehmer

mit der Bitte um entsprechende Weitergabe an die versicherten Personen.

Ansprechpartner für Rückfragen

Name, Telefonnummer, E-Mail-Adresse

Vereinbarung FirmenOnline

Für diesen Gruppenversicherungsvertrag wird die digitale Verwaltung über FirmenOnline vereinbart. Damit können alle Verwaltungsprozesse in der bKV online und effizient abgewickelt werden. Der Antrag für die Freischaltung von FirmenOnline wird direkt über den Link <https://www.firmenonline.de/freischaltung.html> gestellt.

- Für diesen Gruppenversicherungsvertrag wird die Verwaltung von FirmenOnline nicht vereinbart. Der Versicherungsnehmer akzeptiert eventuell längere Bearbeitungsdauern.

Ort, Datum

Unterschrift durch Zeichnungsberechtigte:n
des Versicherungsnehmers

Allianz Private Krankenversicherungs-AG

Bitte zurücksenden an

Allianz Private Krankenversicherungs-AG
10870 Berlin

Vertragsführende Gesellschaft

Allianz Private Krankenversicherungs-AG
Königinstr. 28
80802 München

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE40ZZZ0000063851

Mandatsnummer

– Wir teilen Ihnen Ihre Mandatsnummer später mit –

SEPA-Lastschriftmandat

zum Gruppenversicherungsvertrag für die betriebliche Krankenversicherung mit:

Wir ermächtigen die vertragsführende Gesellschaft, alle Forderungen zu diesem Vertrag (insbesondere Beiträge, Zinsen, Gebühren) bei Fälligkeit von meinem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Diese Ermächtigung gilt auch für künftig vereinbarte Änderungen zu diesem Vertrag (z.B. Abschluss weiterer Versicherungsbausteine).

Mein Geldinstitut **weisen wir an**, die Lastschriften der vertragsführenden Gesellschaft einzulösen, die von meinem Konto eingezogen werden.

Der Lastschrifteinzug wird mir spätestens fünf Kalendertage vor dem ersten Einzug angekündigt.

Ich kann innerhalb von acht Wochen – beginnend mit dem Datum der Kontobelastung – die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Dabei gelten die mit meinem Geldinstitut vereinbarten Bedingungen.

(Bitte tragen Sie alle Angaben in Großbuchstaben auf die vorgegebenen Linien ein. Zusätzliche handschriftliche Vermerke können wir leider nicht berücksichtigen.)

Kontoinhaber

Firmenname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geldinstitut: _____

IBAN

BIC

_____, _____
Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Versicherung, Vorsorge und Vermögensbildung sind Vertrauenssache. Daher ist es für uns sehr wichtig, Ihre Persönlichkeitsrechte zu respektieren. Das gilt insbesondere für den Umgang mit Ihren persönlichen Daten.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung ist die Allianz Private Krankenversicherungs-AG (im Folgenden „der Versicherer“), die Sie unter folgenden Kontaktdaten erreichen:

Allianz Private Krankenversicherungs-AG
10870 Berlin
Telefon: 08 00.4 10 01 09
E-Mail: krankenversicherung@allianz.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Die Erstellung von Angeboten sowie der Abschluss und die Durchführung des Versicherungsvertrages sind ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (im Folgenden „Daten“) nicht möglich.

Zur Erstellung von individuellen Angeboten sowie zur Prüfung Ihres Antrags auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen gemachten Angaben und ggf. ergänzende Angaben Dritter, um das von uns zu übernehmende Risiko einschätzen zu können. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir Ihre Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses. Kommt der Vertrag nicht zustande, speichern wir Ihre Gesundheitsdaten drei volle Kalenderjahre für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um den Eintritt und den Umfang des Versicherungsfalles, Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge sowie ggf. den Eintritt und die Abwicklung von Regressforderungen prüfen zu können. Die Daten nutzen wir weiterhin für eine Betrachtung und Pflege der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise für die Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder für umfassende Auskunftserteilungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Daten zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben, zur Geschäftssteuerung oder zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife und Produkte sowie zu deren Kalkulation.

Wir verarbeiten Ihre Daten aufgrund der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die gesetzliche Anforderungen für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.allianz.de/datenschutz abrufen.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt zur Durchführung für vorvertragliche Maßnahmen sowie zur Durchführung des Vertragsverhältnisses. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten, wie Gesundheitsdaten, erforderlich sind, benötigen wir grundsätzlich Ihre Einwilligung, es sei denn, es liegen die Voraussetzungen eines gesetzlichen Tatbestandes vor, z. B. bei der Gesundheitsvorsorge oder der Erstellung von Statistiken.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, wenn es erforderlich ist, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren. Dies kann insbesondere der Fall sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten insbesondere durch Datenanalysen zur Missbrauchsbekämpfung,
- für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Allianz Deutschland-Gruppe und deren Kooperationspartner. Dabei betrachten wir Aspekte, wie das von Ihnen bei uns gehaltene Produktportfolio und ihre persönliche Situation, um ihnen individuell passende Produktempfehlungen geben zu können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen (z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungs- und Nachweispflichten oder obliegender Beratungspflichten).

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Vermittler:

Der selbständige Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, mit welchem Inhalt der Vertrag geschlossen wurde und dabei auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden. Darüber hinaus übermitteln wir die zur Betreuung Ihrer Versicherungsverträge benötigten Daten an den zuständigen Vermittler, der diese zu Beratungs- und Betreuungszwecken verarbeitet.

Spezialisierte Unternehmen unserer Unternehmensgruppe sowie externe Dienstleister:

Spezialisierte Unternehmen unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen in gemeinsam nutzbaren Verfahren wahr. Daten von Antragstellern und Versicherten können in zentralisierten Verfahren wie Telefonate, Post, Inkasso von diesen Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden.

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten auch externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, sowie der Unternehmen unserer Gruppe, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen, können Sie der Übersicht in diesem Antrag sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.allianz.de/datenschutz entnehmen oder bei uns anfordern.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre Daten an weitere Empfänger übermitteln, z. B. an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten.

Dauer der Datenspeicherung

Grundsätzlich löschen wir Ihre Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Wir bewahren Ihre Daten für die Zeit auf, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich, unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch sowie der Abgabenordnung. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn volle Jahre.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o.g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten sowie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie können einer Verarbeitung Ihrer Daten zu Zwecken der Direktwerbung widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen.

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter der oben genannten Adresse.

Daneben haben Sie die Möglichkeit, sich an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Behörde ist: Das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht in Ansbach.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir nach dem 25.05.2018 Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Diese können Sie dann im Internet unter www.allianz.de/datenschutz abrufen oder bei uns anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir bei der Nutzung von digitalen Antragsstrecken automatisiert über das Zustandekommen des Vertrages und über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie ggf. von Dritten (wie Krankenhäusern) hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir automatisiert über unsere Leistungspflicht. Die automatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Prüfung und Gewichtung der Informationen:

Automatisierte Entscheidungen zu Ihren Ansprüchen auf Versicherungsleistungen basieren auf den mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen, wie dem Versicherungsvertrag und den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie auf der Anwendung verbindlicher Entgeltregelungen, wie den gebührenrechtlichen Regelungen der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ), Heilpraktiker (GebüH) oder dem Krankenhausentgeltgesetz sowie der Bundespflegegesetzverordnung. Zur Prüfung des Umfangs Ihrer Leistungen berücksichtigen wir zudem die von uns zu Ihrer Person verarbeiteten Gesundheitsdaten.

Inhalt:

1	Versicherte Leistungen	2
1.1	Höchstbeträge für unsere Erstattung	2
1.2	Leistungserbringer und Honorargrenzen	2
1.3	Ambulante Naturheilverfahren	2
1.4	Heilmittel	3
1.5	Hilfsmittel (ohne Brillen und Kontaktlinsen)	3
1.6	Kommunikationshilfen und Heimdialyse	3
1.7	Arzneimittel und Verbandmaterialien	4
1.8	Gesetzliche Zuzahlungen	4
1.9	Zahnmedizinische Leistungen	4
1.10	Brillen, Kontaktlinsen und operative Sehschärfen-Korrekturen	6
1.11	Leistungen im Ausland	7
1.12	Leistungsausschlüsse und -reduzierung	7
1.13	Der Versicherungsfall – Grundlage unserer Leistung	7
1.14	Umfang des Versicherungsschutzes	8
2	Allgemeines zu unseren Zahlungen	8
2.1	Kostenbegriff	8
2.2	Zeitpunkt der Kosten	8
2.3	Recht auf die Leistungen	8
2.4	Nachweise, damit wir zahlen können	8
2.5	Hier müssen andere zuerst zahlen	8
3	Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten ...	8
4	Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können	8
5	Beitrag und Beitragsänderungen	8
5.1	Beitragszahlung	8
5.2	Beitragsänderungen	9
6	Weitere Vertragsänderungen	9
6.1	Ruhen der Versicherung	9
6.2	Versicherung von Kindern	9
6.3	Änderung der Vertragsbedingungen	9
7	Vertragsende und Fortsetzung	10
7.1	Kündigung	10
7.2	Sonstiges Vertragsende	10
7.3	Fortsetzung	10
8	Sonstige Regelungen	10
8.1	Offenlegung	10
8.2	Ausländisches Geld	10
8.3	Kosten, die wir abziehen können	10
8.4	Verrechnung von Zahlungen	10
8.5	Erklärung „Versicherungsjahr“	10
8.6	Deutsches Recht	10
8.7	Beschwerdemöglichkeiten	10

1 Versicherte Leistungen

Wir übernehmen folgende Aufwendungen für medizinisch notwendige Leistungen und Gegenstände.

1.1 Höchstbeträge für unsere Erstattung

Wir erstatten sämtliche versicherte Leistungen bis zu einem Gesamtbetrag von

- 300 Euro in Budgetstufe 1 (betriebliche KV MeinGesundheitsBudget 300, kurz: FB300)
- 600 Euro in Budgetstufe 2 (betriebliche KV MeinGesundheitsBudget 600, kurz: FB600)
- 900 Euro in Budgetstufe 3 (betriebliche KV MeinGesundheitsBudget 900, kurz: FB900)
- 1.200 Euro in Budgetstufe 4 (betriebliche KV MeinGesundheitsBudget 1200, kurz: FB1200)
- 1.500 Euro in Budgetstufe 5 (betriebliche KV MeinGesundheitsBudget 1500, kurz: FB1500)

Der Gesamtbetrag gilt je Hauptversichertem und Versicherungsjahr (Ihr Jahresbudget).

Wenn der Versicherungsnehmer während des laufenden Versicherungsjahres für Sie die Budgetstufe ändert, rechnen wir bis zum Wechselzeitpunkt erbrachte Leistungen auf Ihr Jahresbudget der neuen Budgetstufe an.

Welche Budgetstufe der Versicherungsnehmer für Sie bei uns vereinbart hat, entnehmen Sie bitte der Bescheinigung für den Versicherten und dem Leistungsinformationsblatt.

1.2 Leistungserbringer und Honorargrenzen

Versicherte Leistungserbringer und Honorargrenzen	Umfang	Ausnahmen
Leistungserbringer	<p>Sie haben die freie Wahl unter allen Ärzten und Zahnärzten, die zur Ausübung der Heilkunde berechtigt sind. Diese müssen niedergelassen oder in einem medizinischen Versorgungszentrum oder in einem Krankenhaus als Angestellter oder Beamter tätig sein.</p> <p>Sie haben die freie Wahl unter allen Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes.</p>	<p>Wir zahlen keine Behandlungen durch Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Wir übernehmen in diesem Fall die Auslagen des Leistungserbringers.</p> <p>Wir zahlen auch nicht für einzelne Leistungserbringer, die wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben.</p> <p>Wir informieren Sie in diesem Fall über den Ausschluss von der Kostenerstattung. Erst dann gilt er für Sie. Wenn Sie diese Information erst erhalten, während Sie bereits behandelt werden, erstatten wir noch die Kosten für Behandlungen in den ersten 3 Monaten nach unserer Information.</p>
Honorargrenzen	<p>Die Vergütung für ärztliche und zahnärztliche Leistungen erstatten wir bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnungen für Ärzte und für Zahnärzte.</p> <p>Die Vergütung von Naturheilverfahren durch Heilpraktiker erstatten wir bis zu den im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker genannten Höchstbeträgen.</p>	

1.3 Ambulante Naturheilverfahren

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Ambulante Naturheilverfahren 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Kosten für Behandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker. Dies umfasst beispielsweise auch die Chirotherapie, Chiropraktik und Osteopathie.	<p>Die ärztliche Behandlung muss eine Leistung sein, die im jeweils aktuellen Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführt ist und nach den darin genannten Nummern der Gebührenordnung für Ärzte sowie den allgemeinen Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte berechnungsfähig sein.</p> <p>Die Behandlung durch Heilpraktiker</p>

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
		muss nach dem jeweils aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker berechnungsfähig sein.

1.4 Heilmittel

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Heilmittel 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Kosten für Heilmittel, etwa Physiotherapie (beispielsweise Krankengymnastik, Massagen), Ergotherapie, Logopädie oder Podologie.	Die Behandlung muss von einem Arzt, Heilpraktiker oder einem Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden. In letztem Fall muss das Heilmittel von einem in Ziffer 1.2 genannten Leistungserbringer verordnet worden sein.

1.5 Hilfsmittel (ohne Brillen und Kontaktlinsen)

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Hilfsmittel 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Kosten für den Kauf oder die Miete von Hilfsmitteln (etwa orthopädische Einlagen, Hörhilfen, Bandagen, Körperersatzstücke wie Perücken oder Prothesen, Krankenfahrstühle, Gehstützen und Rollatoren, Blutdruck- und Blutzuckermessgeräte). Wir erstatten auch die Kosten für die Reparatur und Wartung des Hilfsmittels sowie für Ihre notwendige Unterweisung in den Hilfsmittelgebrauch. Nicht versichert sind Kosten für: - den Gebrauch des Hilfsmittels (etwa Batterien) - Hilfsmittel, zu deren Erstattung die soziale oder private Pflegeversicherung dem Grunde nach verpflichtet ist. Der Versicherungsschutz für Kommunikationshilfen ist in Ziffer 1.6 geregelt. Kosten für Brillen und Kontaktlinsen erstatten wir nach Ziffer 1.10.	Das Hilfsmittel muss von einem in Ziffer 1.2 genannten Arzt oder Heilpraktiker verordnet worden sein. Es muss außerdem im jeweils geltenden Hilfsmittel-Verzeichnis des Spitzenverbands Bund nach § 139 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch enthalten sein. Ausgenommen davon sind Hilfsmittel aus dem Pflege-Hilfsmittel-Verzeichnis auf Grundlage von § 78 des Elften Buchs Sozialgesetzbuch (siehe auch mittlere Spalte links).

1.6 Kommunikationshilfen und Heimdialyse

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Kommunikationshilfen 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Kosten für Kommunikationshilfen, sofern diese erforderlich sind, damit Sie die übrigen tariflichen Leistungen in Anspruch nehmen können. Hierzu können etwa gehören: Gebärdensprach-Dolmetscher, Schrift-Dolmetscher.	Die Kommunikationshilfe muss in § 3 Kommunikationshilfenverordnung enthalten sein.
Heimdialyse 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Heimdialyse-Pauschale (inklusive des Heimdialysegeräts)	Die Pauschale ist nach der Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blut-Reinigungsverfahren auf Grundlage von § 135 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch abrechnungsfähig.

1.7 Arzneimittel und Verbandmaterialien

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Arzneimittel und Verbandmaterialien 100 Prozent der Kosten	<p>Wir erstatten die Kosten für Verbandmaterialien und Arzneimittel, sofern sie zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten medizinisch notwendig sind. Dazu zählen auch ärztlich empfohlene, nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel.</p> <p>Außerdem erstatten wir die Kosten für Harntest- und Bluttest-Streifen - jeweils zum Selbsttest. Hierzu gehören nicht Schwangerschaftstests.</p> <p>Kosten für diätetische Nährstoffe und medikamentenähnliche Nahrungsmittel erstatten wir nur unter einer der folgenden Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der diätetische Nährstoff ist zwingend erforderlich, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden. • Sie benötigen das medikamentenähnliche Nahrungsmittel, weil aufgrund einer medizinischen Indikation eine vollständige oder ergänzende Nahrungszufuhr über den Magen-Darm-Trakt erforderlich ist (enterale Ernährung). Medikamentenähnliche Nahrungsmittel im Sinne dieser Regelung sind Sondennahrung, Aminosäure-Mischungen, Eiweißhydrolysate und Elementar-Diäten. • Sie benötigen das medikamentenähnliche Nahrungsmittel, weil aufgrund einer medizinischen Indikation eine vollständige oder ergänzende Nahrungszufuhr außerhalb des Verdauungstrakts erforderlich ist (parenterale Ernährung). Die Ernährung erfolgt in der Regel über Spezial-Lösungen (zum Beispiel Wasser, Elektrolyte, Kohlenhydrate, Vitamine oder Spurenelemente), die über eine Vene verabreicht werden (intravenöse Zufuhr). 	<p>Das Arzneimittel oder das Verbandmaterial muss von einem in Ziffer 1.2 genannten Leistungserbringer verordnet worden sein.</p> <p>Das Arzneimittel muss zugelassen, aus einer Apotheke bezogen worden sein und ein Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes darstellen.</p> <p>Wenn es sich nicht um Arzneimittel oder bestimmte Nährstoffe und Nahrungsmittel aus der mittleren Spalte handelt, besteht keine Leistungspflicht für Nahrungsmittel, Nährstoffe, Nahrungsergänzungsmittel sowie für Mittel, die vorbeugend genommen werden. Das gilt auch für kosmetische Präparate und auch für den Fall, dass eines der Mittel oder der Nährstoff Ihnen verordnet worden ist und heilwirksame Stoffe enthält.</p>

1.8 Gesetzliche Zuzahlungen

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Zuzahlungen von gesetzlich Krankenversicherten 100 Prozent der Zuzahlungen	Wir erstatten Zuzahlungen, die Sie nach § 61 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch zu Arznei-, Verband-, Hilfs- und Heilmitteln leisten müssen.	

1.9 Zahnmedizinische Leistungen

Die Vergütung für ärztliche und zahnärztliche Leistungen nach Ziffern 1.9.1 und 1.9.2 muss nach den Gebührenordnungen für Ärzte oder Zahnärzte berechnet werden. Wie bereits oben in Ziffer 1.2 festgelegt, erstatten wir diese Kosten bis zu den Höchstsätzen dieser Gebührenordnungen.

1.9.1 Zahnersatz, Zahnbehandlung, Kieferorthopädie

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Inlays, Zahnersatz und Implantologie 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Kosten insbesondere für: <ul style="list-style-type: none"> • Inlays (Einlagefüllungen). • prothetische Leistungen einschließlich Stift-Zähnen, Kronen, Teilkronen und Keramik-Verblendschalen (Veneers), Kunststoff- und Keramikverblendungen für alle Zähne sowie auf 	

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
	<p>Implantaten sitzendem Zahnersatz.</p> <ul style="list-style-type: none"> • implantologische Leistungen sowie dazu gehörende chirurgische Leistungen (etwa Knochenaufbau). • dazugehörige funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen. • den zusätzlichen Einsatz eines Operationsmikroskops oder Lasers. 	
<p>Zahnbehandlung 100 Prozent der Kosten</p>	<p>Wir erstatten die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • allgemeine zahnärztliche Leistungen. • konservierende Leistungen (einschließlich Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen). • zahnchirurgische Leistungen (Wurzelkanal-Behandlungen, Wurzelspitzenresektionen). • Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums (auch VECTOR-Technologie, Schleimhauttransplantation, Bakterien-/DNA-Test, mikrobiologische Diagnostik (Speicheltest), Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Knochen oder Knochenersatzmaterial, die gesteuerte Geweberegeneration zur Wachstumsförderung von geschädigtem Gewebe des Zahnhalteapparats). • den zusätzlichen Einsatz eines Operationsmikroskops oder Lasers. 	
<p>Aufbissbehelfe und Schienen 100 Prozent der Kosten</p>	<p>Wir erstatten die Kosten für Aufbissbehelfe und Schienen (etwa Knirscherschienen, DROS-Schienen) sowie die damit in direktem Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen.</p>	
<p>Kieferorthopädie 100 Prozent der Kosten</p>	<p>Wir erstatten die Kosten für kieferorthopädische Leistungen wegen eines Unfalls. Als Unfall gilt nicht, wenn ein Zahn beim Essen beschädigt wird (etwa Biss auf einen Kirschkern).</p> <p>Zudem erstatten wir die Kosten für die kieferorthopädische Behandlung einer schweren Erkrankung durch eine Kombination aus Kieferchirurgie und -orthopädie. Schwere Erkrankungen sind eine angeborene Missbildung des Gesichts oder des Kiefers, eine skelettale Dysgnathie oder eine verletzungsbedingte Fehlstellung.</p>	

1.9.2 Zahnmedizinische Nebenleistungen sowie Prophylaxe (inklusive Bleaching)

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
<p>Zahntechnische Leistungen 100 Prozent der Kosten</p>	<p>Wir erstatten die Kosten für zahntechnische Leistungen, die mit den Leistungen nach Ziffer 1.9.1 zusammenhängen. Wir zahlen die bundesweit üblichen Preise für zahntechnische Leistungen. Materialkosten für zahntechnische Leistungen erstatten wir zum Herstellerpreis (plus Mehrwertsteuer).</p>	
<p>Vor- und Nachbehandlungen 100 Prozent der Kosten</p>	<p>Wir erstatten die Kosten für Vor- und Nachbehandlungen, die mit den Leistungen nach Ziffer 1.9.1 zusammenhängen.</p>	
<p>Schmerzlindernde Behandlungen 100 Prozent der Kosten</p>	<p>Wir erstatten die Kosten für schmerzlindernde Behandlungen, die mit den Leistungen nach Ziffer 1.9.1 zusammenhängen. Dazu zählen insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zahnärztliche Akupunktur. • Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf). • Hypnose. • Lachgas-Sedierung. • Vollnarkose. 	

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
<p>Heil- und Kostenplan 100 Prozent der Kosten</p>	<p>Wir erstatten die Kosten für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans für die Leistungen nach Ziffer 1.9.1.</p>	
<p>Prophylaxe (inklusive Bleaching) 100 Prozent der Kosten bis insgesamt maximal</p> <ul style="list-style-type: none"> • 80 Euro in Budgetstufe 1 • 100 Euro in Budgetstufe 2 • 120 Euro in Budgetstufe 3 • 140 Euro in Budgetstufe 4 • 160 Euro in Budgetstufe 5 <p>Die genannten Beträge gelten jeweils pro Versicherungsjahr, werden auf Ihr Jahresbudget (siehe Ziffer 1.1) angerechnet und erhöhen dieses nicht. Sofern das vorhandene Jahresbudget weniger als der tarifliche Erstattungsbetrag beträgt, erstatten wir maximal den Rest aus dem Jahresbudget.</p> <p>Welche Budgetstufe der Versicherungsnehmer für Sie bei uns vereinbart hat, entnehmen Sie bitte der Bescheinigung für den Versicherten und dem Leistungsinformationsblatt.</p>	<p>Wir erstatten im Rahmen einer zahnmedizinischen Prophylaxe die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Entfernung der Beläge auf Zahn- und Wurzel-Oberflächen. • die Reinigung der Zahn-Zwischenräume. • die professionelle Zahnreinigung. • das Erstellen des Mundhygiene-Status. • die gründliche Unterweisung in die eigene Mundhygiene, um Karies und parodontale Erkrankungen vorzubeugen. • die Kontrolle des Übungserfolgs. • die Fissuren-Versiegelung. • Zahn-Aufhellung (Bleaching). 	

1.10 Brillen, Kontaktlinsen und operative Sehschärfen-Korrekturen

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
<p>Brillengestelle und -gläser sowie Kontaktlinsen (Sehhilfen) 100 Prozent der Kosten bis maximal</p> <ul style="list-style-type: none"> • 180 Euro in Budgetstufe 1 • 200 Euro in Budgetstufe 2 • 220 Euro in Budgetstufe 3 • 240 Euro in Budgetstufe 4 • 260 Euro in Budgetstufe 5 <p>Die genannten Beträge gelten jeweils pro Versicherungsjahr, werden auf Ihr Jahresbudget (siehe Ziff. 1.1) angerechnet und erhöhen dieses nicht. Sofern das vorhandene Jahresbudget weniger als der tarifliche Erstattungsbetrag beträgt, erstatten wir maximal den Rest aus dem Jahresbudget.</p> <p>Welche Budgetstufe der Versicherungsnehmer für Sie bei uns vereinbart hat, entnehmen Sie bitte der Bescheinigung für den Versicherten und dem Leistungsinformationsblatt.</p>	<p>Wir erstatten die Kosten für Sehhilfen. Sehhilfen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brillengestelle und -gläser (also Brillen und Sonnenbrillen), • Kontaktlinsen und • Bildschirm-Arbeitsbrillen. 	<p>Wir benötigen eine Verordnung des Augenarztes oder die Sehfehler-Bestimmung eines Optikers, jeweils mit Angabe des Dioptrien-Werts.</p>

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Operative Sehschärfen-Korrekturen (refraktive Chirurgie) 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Kosten für ambulante operative Sehschärfen-Korrekturen (etwa Lasik, Lasek, Femtolaser, Implantation von Intraokularlinsen).	Die Leistung muss nach der Gebührenordnung für Ärzte abrechnungsfähig sein.

1.11 Leistungen im Ausland

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Auslandsbehandlungen/andere versicherte Leistungen im Ausland	Wir erstatten die ortsüblichen Kosten.	
Versicherte Länder		
Europa	Wir zahlen für Leistungen in ganz Europa.	
Nichteuropäische Länder	Wir zahlen bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu 6 Monaten in außereuropäischen Staaten. Wenn Sie aus medizinischen Gründen länger behandelt werden müssen, zahlen wir, bis Sie gesundheitlich wieder zurückreisen können.	

1.12 Leistungsausschlüsse und -reduzierung

Grund	Ausschluss	Erläuterungen
Übermaßbehandlung und zu hohe Rechnungen	Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Dafür muss eine Übermaß-Behandlung vorliegen oder eine unangemessen hohe Vergütung verlangt werden.	<p>Eine Übermaß-Behandlung ist eine Heilbehandlung, die das medizinisch notwendige Maß übersteigt.</p> <p>Kosten nach gesetzlichem Vergütungsrecht sind angemessen, soweit sie nach den gesetzlichen Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind.</p> <p>Sonstige Kosten in Deutschland sind angemessen, wenn sie nicht höher sind als bundesweit üblich. Kosten im Ausland sind angemessen, wenn sie dort ortsüblich sind.</p>

1.13 Der Versicherungsfall – Grundlage unserer Leistung

Versicherungsfall	Beschreibung	Erläuterungen
Behandlung wegen Krankheit oder Unfall	<p>Damit wir leisten, müssen Sie sich in einer Heilbehandlung wegen einer Krankheit oder Unfallfolge befinden. Die Behandlung muss medizinisch notwendig sein.</p> <p>Wir leisten auch in diesen Fällen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie werden wegen einer Schwangerschaft untersucht oder medizinisch notwendig behandelt und von Ihrem Kind entbunden. • Es wird ein rechtmäßiger Schwangerschafts-Abbruch aus medizinisch notwendigen Gründen oder wegen eines Verbrechens durchgeführt. 	Medizinisch notwendig bedeutet: Die Behandlung eignet sich für den Behandlungserfolg. Und sie ist erforderlich. Beides muss man zum Zeitpunkt der Behandlung bejahen können – nach objektiven medizinischen Kriterien und wissenschaftlichen Erkenntnissen.
Beginn und Ende	<p>Der Versicherungsfall beginnt, wenn Sie sich wegen der Krankheit oder des Unfalls erstmals behandeln oder untersuchen lassen. Das gilt auch, wenn noch keine oder keine richtige Diagnose existiert. Der Versicherungsfall endet, wenn Sie aus medizinischen Gründen keine Behandlung mehr benötigen.</p> <p>Ein neuer Versicherungsfall beginnt, wenn Sie</p>	

	<p>während der Behandlung auch wegen einer anderen Krankheit oder Unfallfolge behandelt werden müssen. Das setzt voraus, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bereits behandelten nicht zusammenhängt.</p>	
--	---	--

1.14 Umfang des Versicherungsschutzes

1.14.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag pünktlich zahlt. Zahlt er diesen erst später, startet der Versicherungsschutz erst, wenn wir den Beitrag erhalten haben.

Wir leisten auch für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Das gilt aber nur für den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

1.14.2 Bestandteile des Vertrags

Der Vertrag setzt sich zusammen aus:

- dem Versicherungsschein.
- den schriftlichen Vereinbarungen.
- diesen Versicherungsbedingungen.
- den gesetzlichen Vorschriften.

1.14.3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit Vertragsende. Das gilt auch für laufende Behandlungen.

Wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wird und Sie den Vertrag nicht als Einzelversicherung fortsetzen, leisten wir noch für weitere 4 Wochen. Das gilt nur für Behandlungen, die bei der Beendigung noch nicht abgeschlossen sind.

2 Allgemeines zu unseren Zahlungen

2.1 Kostenbegriff

Wir erstatten nur die Kosten, zu deren Zahlung Sie aus dem Vertrag mit dem Leistungserbringer verpflichtet sind (Aufwendungen). Das heißt: Wir erstatten keine Kosten, die Ihnen aus nicht berechtigten Ansprüchen Dritter entstehen.

2.2 Zeitpunkt der Kosten

Wenn es darauf ankommt, wann Ihnen Kosten entstanden sind, ist das Datum entscheidend, an dem Sie behandelt worden sind oder eine Leistung bezogen haben. Das ist wichtig etwa beim Vertragsende.

2.3 Recht auf die Leistungen

Sie als Hauptversicherter haben Anspruch auf die Leistungen. Deshalb wenden sich die Vertragsbedingungen an Sie.

Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.

Sofern Sie Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte abtreten, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

Es ist auch ausreichend, wenn der Abtretungsgläubiger uns die Abtretungsurkunde vorlegt. Abtretungsgläubiger ist die Person, die durch die Abtretung die Forderung auf Versicherungsleistungen erhalten hat. Wir benötigen regelmäßig nicht das Original der Abtretungsurkunde. Vielmehr reicht grundsätzlich etwa eine Kopie, Zweitschrift, ein Scan oder ein Foto von der Urkunde aus.

Solange uns die Abtretung nicht in einer dieser beiden Alternativen angezeigt worden ist, müssen wir nicht an den

Abtretungsgläubiger leisten. In diesem Fall können wir die Forderung weiterhin erfüllen, indem wir an Sie leisten.

Diese Vorgaben und Rechtsfolgen ergeben sich aus dem Gesetz. Sie haben keinen Einfluss auf die rechtliche Zulässigkeit oder Wirksamkeit der Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte.

2.4 Nachweise, damit wir zahlen können

Unsere Zahlungen werden nach § 14 Versicherungsvertragsgesetz fällig. Dort ist auch geregelt, wann Sie Abschlagszahlungen von uns verlangen können.

Damit wir zahlen, benötigen wir alle erforderlichen Informationen und Nachweise. Nachweise werden unser Eigentum, wenn wir sie erhalten.

Solche Nachweise sind vor allem Rechnungen (auch unbezahlte). Sie erfordern mindestens diesen Inhalt:

- Name der behandelten Person.
- Bezeichnung der Unfallfolge.
- Art der Leistungen.
- Behandlungsdaten.

Wenn Sie die Rechnung schon woanders eingereicht haben, benötigen wir die Angaben über die Zahlung des anderen Kostenträgers.

2.5 Hier müssen andere zuerst zahlen

Wenn Sie Ansprüche gegen einen anderen Kostenträger haben, gehen diese unserer Zahlung vor. Andere Kostenträger sind:

- gesetzliche Krankenversicherung.
- gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung.
- gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge.

3 Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten

Sie müssen sich von einem Arzt, den wir beauftragen, untersuchen lassen, wenn wir das verlangen.

Wir müssen nicht oder zum Teil nicht leisten, wenn Sie diese Pflicht verletzen. Das regelt § 28 Absätze 2 bis 3 Versicherungsvertragsgesetz.

4 Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können

Sie sind nach diesem Tarif versicherbar, solange Sie zum versicherbaren Personenkreis gehören. Dieser ist im Gruppenversicherungsvertrag festgelegt. Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden.

5 Beitrag und Beitragsänderungen

5.1 Beitragszahlung

5.1.1 Beitrag

Der Versicherungsnehmer muss einen Monatsbeitrag zahlen. Dieser steht im aktuellen Versicherungsschein. Wir berechnen ihn geschlechtsunabhängig nach den Grundsätzen, die in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt sind.

5.1.2 Zahlungstermine

Der Versicherungsnehmer muss den ersten Beitrag zum Versicherungsbeginn zahlen. Das Datum steht im Versicherungsschein.

Die folgenden Beiträge muss der Versicherungsnehmer immer zum Monatsersten zahlen.

5.1.3 Zahlung per Lastschrift

Ist mit dem Versicherungsnehmer vereinbart, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss er uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen. Wir können verlangen, dass er es in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) erteilt.

5.1.4 Tagesbeitrag

Wir verlangen den Beitrag nur für die Zeit, in der Sie bei uns versichert sind. Wenn Ihre Versicherung nicht am Monatsanfang beginnt oder vor dem Monatsende ausläuft, verlangen wir den Beitrag nur für die Tage dieses Monats, an denen Sie bei uns versichert sind. Als Tagesbeitrag gilt 1/30 des Monatsbeitrags. Wir runden auf volle Cent auf.

5.2 Beitragsänderungen

Wir vergleichen einmal jährlich die erforderlichen mit den nach den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.

Wenn diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergibt, überprüfen wir alle Rechnungsgrundlagen für den Beitrag.

Wenn sich diese nicht nur vorübergehend geändert haben, passen wir sie nach den technischen Berechnungsgrundlagen an die aktuellen Stände an. Diese Anpassung setzt die Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders voraus. Wir informieren den Versicherungsnehmer über die Anpassung in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe. Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

6 Weitere Vertragsänderungen

6.1 Ruhen der Versicherung

6.1.1 Ruhen in Zeiten ohne Gehalt

Der Versicherungsnehmer kann Ihre Versicherung ruhend stellen. Das bedeutet:

- Für die Zeit des Ruhens haben Sie keinen Anspruch auf die Leistungen.
- Der Versicherungsnehmer muss für Sie in dieser Zeit keine Beiträge zahlen.

In diesen Fällen, in denen Sie kein Gehalt bekommen, kann Ihre Versicherung ruhen:

- Sie sind durch Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig.
- Sie nehmen Elternzeit nach dem Bundeselternzeit- und Elternzeitgesetz.
- Sie pflegen einen nahen Angehörigen nach dem Familien-Pflegezeitgesetz.
- Sie sind aus einem anderen Grund von Ihrer Pflicht zur Arbeitsleistung vorübergehend freigestellt („Sabbatical“).

Beginnt die Zeit ohne Gehalt an einem Monatsersten, fängt das Ruhen an diesem Tag an. Entfällt Ihr Gehalt jedoch später, fängt das Ruhen erst mit dem nächsten Monat an.

Ihre Versicherung ruht jeweils für höchstens 36 Monate. Vor Ablauf dieser Frist endet das Ruhen mit dem Monat, in dem die Zeit ohne Gehalt ausläuft.

6.1.2 Fortsetzung nach dem Ruhen

Wenn das Ruhen endet, setzen wir Ihre Versicherung fort. Das bedeutet ab der Fortsetzung:

- Der Versicherungsnehmer muss den dann gültigen Beitrag zahlen.
- Sie erhalten die vereinbarten Leistungen. Tritt der Versicherungsfall während der Ruhenszeit ein, leisten wir dafür ab der Fortsetzung.
- Es gelten die dann gültigen Versicherungsbedingungen.

6.2 Versicherung von Kindern

6.2.1 Neugeborene

Wir versichern Neugeborene ohne Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz. Geburtsschäden und angeborene Krankheiten sind dann auch abgesichert.

Dafür müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ein Elternteil ist am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach seiner Geburt bei uns an.

6.2.2 Adoptivkinder

Wir versichern Adoptivkinder, die bei der Adoption noch keine 18 Jahre alt sind, ohne Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz.

Für ein erhöhtes Risiko können wir einen Risikozuschlag von bis zu 100 Prozent des Monatsbeitrags verlangen. Hierfür gelten unsere Grundsätze für die Risikobewertung.

Für die Nachversicherung müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ein Elternteil ist am Tag der Adoption mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach der Adoption bei uns an.

6.2.3 Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz des Kindes darf nicht höher oder umfassender sein als für den Elternteil, der bei uns versichert ist.

Wenn beide Eltern bei uns versichert sind, ist der insgesamt leistungsstärkere Versicherungsschutz die Grenze.

6.3 Änderung der Vertragsbedingungen

Ändern wir die Vertragsbedingungen in den folgenden Fällen, informieren wir den Versicherungsnehmer in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe.

6.3.1 Anpassung

Wir können Vertragsbedingungen anpassen, wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen nicht nur vorübergehend ändern. Das gilt etwa bei der Änderung von Gesetzen, die sich auf unsere Leistungszusage auswirken.

Dazu müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein:

- Die Anpassung ist notwendig, um den Vertrag weiterzuführen.
- Ohne Anpassung wäre es für einen Vertragspartner unzumutbar, an dem Vertrag festzuhalten. Dabei müssen auch die Interessen des anderen Vertragspartners berücksichtigt werden.
- Die neue Regelung berücksichtigt die Belange des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen angemessen. Dabei wird das Vertragsziel gewahrt.

Außerdem muss ein unabhängiger Treuhänder diese Voraussetzungen überprüft haben. Er muss bestätigen, dass die Anpassung angemessen ist.

Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

6.3.2 Ersetzung

Wir können Vertragsbedingungen nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz durch neue Regelungen ersetzen. Das gilt etwa, wenn eine Bestimmung höchstrichterlich für unwirksam erklärt wurde.

Die neue Regelung wird 2 Wochen nach unserer Information wirksam.

7 Vertragsende und Fortsetzung

7.1 Kündigung

Wir haben kein ordentliches Kündigungsrecht.

Der Versicherungsnehmer kann folgendermaßen kündigen:

7.1.1 Form und Rechtzeitigkeit sowie Information des Versicherten

Der Versicherungsnehmer muss in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) kündigen. Mündlich oder telefonisch reicht nicht aus.

Wenn der Versicherungsnehmer eine Kündigungsfrist oder Frist für einen Nachweis verpasst, ist die Kündigung unwirksam.

Kündigt der Versicherungsnehmer den Vertrag für einen Versicherten, ist dies nur wirksam, wenn er nachweist, dass der Versicherte davon weiß.

7.1.2 Ordentliche Kündigung

Der Versicherungsnehmer kann die Kündigung auf einzelne Hauptversicherte beschränken. Wir müssen die Kündigung spätestens am 30. September des Jahres erhalten, zu dessen Ende er kündigen will.

Der Versicherungsnehmer kann frühestens zum Ende des zweiten Versicherungsjahrs kündigen (2-jährige Mindestlaufzeit). Danach kann er zu jedem Jahresende kündigen. Das Versicherungsjahr haben wir in Ziffer 8.5 geregelt.

7.1.3 Erhöhung von Beitrag sowie Minderung unserer Leistungen

Erhöhen wir den Beitrag, kann der Versicherungsnehmer für die Person kündigen, für die er mehr zahlen muss. Er kann auch für sie kündigen, wenn wir den Umfang des Versicherungsschutzes verringern.

In beiden Fällen gilt:

- Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Monaten erhalten, nachdem wir dem Versicherungsnehmer die Vertragsänderung mitgeteilt haben.
- Die Versicherung endet zu dem Tag, an dem die Vertragsänderung (Beitragserhöhung oder Leistungsminde- rung) wirksam wird.

7.1.4 Recht auf Gegenkündigung

Wenn wir nur für einzelne Versicherte anfechten, zurücktreten oder außerordentlich kündigen, hat der Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht. Er kann damit die Aufhebung aller Verträge bei uns verlangen. Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Wochen nach unserer Vertragserklärung erhalten.

Wenn wir angefochten haben oder zurückgetreten sind, heben wir die Verträge zum Ende des Monats auf, in dem der Versicherungsnehmer unsere Erklärung erhalten hat. Bei außerordentlicher Kündigung enden die Verträge zu dem Zeitpunkt, zu dem unsere Kündigung wirksam wird.

7.2 Sonstiges Vertragsende

7.2.1 70. Geburtstag

Ihre Versicherung endet mit dem Monat, in dem Sie Ihren 70. Geburtstag haben.

7.2.2 Rentenbeginn

Ihre Versicherung endet zu dem Zeitpunkt, ab dem Sie eine Altersrente beziehen.

7.2.3 Ende des Gruppenversicherungsvertrags
Ihre Versicherung endet mit dem Ende des Gruppenversicherungsvertrags.

7.2.4 Tod

Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie sterben.

7.3 Fortsetzung

7.3.1 Kündigung des Gruppenversicherungsvertrags

Wenn Ihre Versicherung endet, weil die Gruppenversicherung gekündigt wird, können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach § 206 Absatz 4 und § 207 Absatz 2 Satz 3 Versicherungsvertragsgesetz fortsetzen.

7.3.2 Sonstiges Fortsetzungsrecht

Wenn Ihre Versicherung endet, weil Sie

- aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden,
- 70 Jahre geworden sind oder
- eine Altersrente beziehen,

können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Dies müssen Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach dem Ende der Versicherung mitteilen.

Wenn die Einzelversicherung einen höheren oder umfassenden Versicherungsschutz enthält, können wir für diese Mehrleistung besondere Vereinbarungen treffen.

Die bisherige ununterbrochene Versicherungszeit rechnen wir auf die Wartezeiten in der Einzelversicherung an.

8 Sonstige Regelungen

8.1 Offenlegung

Gutachten und Stellungnahmen, die wir besorgt oder angefordert haben, weil wir die Notwendigkeit einer Behandlung prüfen, legen wir auf Wunsch offen. Sie erhalten so Auskunft und können die Unterlagen einsehen.

Den Anspruch haben Sie. An Ihrer Stelle ist Ihr gesetzlicher Vertreter berechtigt, die Offenlegung zu verlangen. Wenn erhebliche Gründe dieser Offenlegung entgegenstehen, kann sie nur ein Arzt oder Rechtsanwalt verlangen.

Wenn wir diese Dokumente von Ihnen anfordern, zahlen wir Ihre Aufwendungen dafür.

8.2 Ausländisches Geld

Wir rechnen ausländische Währungen in Euro um. Dafür gilt der Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Gibt es keinen Wechselkurs für Ihre Währung, rechnen wir zum aktuellen Kurs nach der "Devisenkurs-Statistik" um (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank).

Wir rechnen zu dem Tageskurs um, an dem wir Ihre Belege erhalten. Wenn Sie das Geld zu einem schlechteren Kurs erworben haben, nehmen wir diesen. Bitte legen Sie uns dazu Ihren Bankbeleg vor.

8.3 Kosten, die wir abziehen können

Unsere Zahlung auf ein deutsches Konto ist für Sie kostenlos. Unsere Kosten für Auslandszahlungen und für Übersetzungen können wir von unserer Zahlung abziehen.

8.4 Verrechnung von Zahlungen

Sie können gegen unsere Forderungen aufrechnen. Das gilt, soweit Ihr Anspruch unbestritten oder abschließend gerichtlich festgestellt ist.

8.5 Erklärung „Versicherungsjahr“

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Es endet am 31. Dezember desselben Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

8.6 Deutsches Recht

Es gilt deutsches Recht.

8.7 Beschwerdemöglichkeiten

8.7.1 Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler

Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.allianz.de/service/beschwerde/. Sie können Ihre Beschwerde auch an den Versicherungsvermittler richten.

8.7.2 Beschwerde beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Website: www.pkv-ombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. An den Ombudsmann können sich Versicherungsnehmer und Versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag.

8.7.3 Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie oder der Versicherungsnehmer sich auch an diese wenden.

8.7.4 Rechtsweg

Unabhängig von der Beschwerde haben Sie oder der Versicherungsnehmer immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Inhalt:

1	Versicherte Leistungen	2
1.1	Höchstbeträge für unsere Erstattung	2
1.2	Leistungserbringer und Honorargrenzen ..	2
1.3	Ambulante Naturheilverfahren	2
1.4	Heilmittel	3
1.5	Hilfsmittel (ohne Brillen und Kontaktlinsen)	3
1.6	Kommunikationshilfen und Heimdialyse ...	3
1.7	Arzneimittel und Verbandmaterialien	4
1.8	Gesetzliche Zuzahlungen	4
1.9	Zahnmedizinische Leistungen	4
1.10	Brillen, Kontaktlinsen und operative Sehschärfen-Korrekturen	6
1.11	Leistungen im Ausland	6
1.12	Leistungsausschlüsse und -reduzierung...	7
1.13	Der Versicherungsfall – Grundlage unserer Leistung	7
1.14	Umfang des Versicherungsschutzes	7
2	Allgemeines zu unseren Zahlungen	7
2.1	Kostenbegriff	7
2.2	Zeitpunkt der Kosten	7
2.3	Recht auf die Leistungen	8
2.4	Nachweise, damit wir zahlen können	8
2.5	Hier müssen andere zuerst zahlen	8
3	Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten ...	8
4	Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können	8
5	Beitrag und Beitragsänderungen	8
5.1	Beitragszahlung	8
5.2	Beitragsänderungen	8
6	Weitere Vertragsänderungen	8
6.1	Ruhen der Versicherung	8
6.2	Versicherung von Kindern	9
6.3	Änderung der Vertragsbedingungen	9
7	Vertragsende und Fortsetzung	9
7.1	Kündigung	9
7.2	Sonstiges Vertragsende	10
7.3	Fortsetzung	10
8	Sonstige Regelungen	10
8.1	Offenlegung	10
8.2	Ausländisches Geld	10
8.3	Kosten, die wir abziehen können	10
8.4	Verrechnung von Zahlungen	10
8.5	Erklärung „Versicherungsjahr“	10
8.6	Deutsches Recht	10
8.7	Beschwerdemöglichkeiten	10

1 Versicherte Leistungen

Wir übernehmen folgende Aufwendungen für medizinisch notwendige Leistungen und Gegenstände.

1.1 Höchstbeträge für unsere Erstattung

Wir erstatten sämtliche versicherte Leistungen bis zu einem Gesamtbetrag von

- 300 Euro in Budgetstufe 1 (betriebliche KV MeinGesundheitsBudget kombi 300, kurz: FBK300)
- 600 Euro in Budgetstufe 2 (betriebliche KV MeinGesundheitsBudget kombi 600, kurz: FBK600)
- 900 Euro in Budgetstufe 3 (betriebliche KV MeinGesundheitsBudget kombi 900, kurz: FBK900)
- 1.200 Euro in Budgetstufe 4 (betriebliche KV MeinGesundheitsBudget kombi 1200, kurz: FBK1200)
- 1.500 Euro in Budgetstufe 5 (betriebliche KV MeinGesundheitsBudget kombi 1500, kurz: FBK1500)

Der Gesamtbetrag gilt je Hauptversichertem und Versicherungsjahr (Ihr Jahresbudget).

Wenn der Versicherungsnehmer während des laufenden Versicherungsjahres für Sie die Budgetstufe ändert, rechnen wir bis zum Wechselzeitpunkt erbrachte Leistungen auf Ihr Jahresbudget der neuen Budgetstufe an.

Welche Budgetstufe der Versicherungsnehmer für Sie bei uns vereinbart hat, entnehmen Sie bitte der Bescheinigung für den Versicherten und dem Leistungsinformationsblatt.

1.2 Leistungserbringer und Honorargrenzen

Versicherte Leistungserbringer und Honorargrenzen	Umfang	Ausnahmen
Leistungserbringer	<p>Sie haben die freie Wahl unter allen Ärzten und Zahnärzten, die zur Ausübung der Heilkunde berechtigt sind. Diese müssen niedergelassen oder in einem medizinischen Versorgungszentrum oder in einem Krankenhaus als Angestellter oder Beamter tätig sein.</p> <p>Sie haben die freie Wahl unter allen Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes.</p>	<p>Wir zahlen keine Behandlungen durch Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Wir übernehmen in diesem Fall die Auslagen des Leistungserbringers.</p> <p>Wir zahlen auch nicht für einzelne Leistungserbringer, die wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben.</p> <p>Wir informieren Sie in diesem Fall über den Ausschluss von der Kostenerstattung. Erst dann gilt er für Sie. Wenn Sie diese Information erst erhalten, während Sie bereits behandelt werden, erstatten wir noch die Kosten für Behandlungen in den ersten 3 Monaten nach unserer Information.</p>
Honorargrenzen	<p>Die Vergütung für ärztliche und zahnärztliche Leistungen erstatten wir bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnungen für Ärzte und für Zahnärzte.</p> <p>Die Vergütung von Naturheilverfahren durch Heilpraktiker erstatten wir bis zu den im Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker genannten Höchstbeträgen.</p>	

1.3 Ambulante Naturheilverfahren

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Ambulante Naturheilverfahren 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Kosten für Behandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker. Dies umfasst beispielsweise auch die Chirotherapie, Chiropraktik und Osteopathie.	<p>Die ärztliche Behandlung muss eine Leistung sein, die im jeweils aktuellen Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführt ist und nach den darin genannten Nummern der Gebührenordnung für Ärzte sowie den allgemeinem Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte berechnungsfähig sein.</p> <p>Die Behandlung durch Heilpraktiker muss nach dem jeweils aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker</p>

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
		berechnungsfähig sein.

1.4 Heilmittel

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Heilmittel 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Kosten für Heilmittel, etwa Physiotherapie (beispielsweise Krankengymnastik, Massagen), Ergotherapie, Logopädie oder Podologie.	Die Behandlung muss von einem Arzt, Heilpraktiker oder einem Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden. In letztem Fall muss das Heilmittel von einem in Ziffer 1.2 genannten Leistungserbringer verordnet worden sein.

1.5 Hilfsmittel (ohne Brillen und Kontaktlinsen)

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Hilfsmittel 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Kosten für den Kauf oder die Miete von Hilfsmitteln (etwa orthopädische Einlagen, Hörhilfen, Bandagen, Körperersatzstücke wie Perücken oder Prothesen, Krankenfahrstühle, Gehstützen und Rollatoren, Blutdruck- und Blutzuckermessgeräte). Wir erstatten auch die Kosten für die Reparatur und Wartung des Hilfsmittels sowie für Ihre notwendige Unterweisung in den Hilfsmittelgebrauch. Nicht versichert sind Kosten für: - den Gebrauch des Hilfsmittels (etwa Batterien) - Hilfsmittel, zu deren Erstattung die soziale oder private Pflegeversicherung dem Grunde nach verpflichtet ist. Der Versicherungsschutz für Kommunikationshilfen ist in Ziffer 1.6 geregelt. Kosten für Brillen und Kontaktlinsen erstatten wir nach Ziffer 1.10.	Das Hilfsmittel muss von einem in Ziffer 1.2 genannten Arzt oder Heilpraktiker verordnet worden sein. Es muss außerdem im jeweils geltenden Hilfsmittel-Verzeichnis des Spitzenverbands Bund nach § 139 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch enthalten sein. Ausgenommen davon sind Hilfsmittel aus dem Pflege-Hilfsmittel-Verzeichnis auf Grundlage von § 78 des Elften Buchs Sozialgesetzbuch (siehe auch mittlere Spalte links).

1.6 Kommunikationshilfen und Heimdialyse

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Kommunikationshilfen 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Kosten für Kommunikationshilfen, sofern diese erforderlich sind, damit Sie die übrigen tariflichen Leistungen in Anspruch nehmen können. Hierzu können etwa gehören: Gebärdensprach-Dolmetscher, Schrift-Dolmetscher.	Die Kommunikationshilfe muss in § 3 Kommunikationshilfenverordnung enthalten sein.
Heimdialyse 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Heimdialyse-Pauschale (inklusive des Heimdialysegeräts)	Die Pauschale ist nach der Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung von Blut-Reinigungsverfahren auf Grundlage von § 135 Absatz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch abrechnungsfähig.

1.7 Arzneimittel und Verbandmaterialien

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Arzneimittel und Verbandmaterialien 100 Prozent der Kosten	<p>Wir erstatten die Kosten für Verbandmaterialien und Arzneimittel, sofern sie zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten medizinisch notwendig sind. Dazu zählen auch ärztlich empfohlene, nichtverschreibungspflichtige Arzneimittel.</p> <p>Außerdem erstatten wir die Kosten für Harntest- und Bluttest-Streifen - jeweils zum Selbsttest. Hierzu gehören nicht Schwangerschaftstests.</p> <p>Kosten für diätetische Nährstoffe und medikamentenähnliche Nahrungsmittel erstatten wir nur unter einer der folgenden Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der diätetische Nährstoff ist zwingend erforderlich, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden. • Sie benötigen das medikamentenähnliche Nahrungsmittel, weil aufgrund einer medizinischen Indikation eine vollständige oder ergänzende Nahrungszufuhr über den Magen-Darm-Trakt erforderlich ist (enterale Ernährung). Medikamentenähnliche Nahrungsmittel im Sinne dieser Regelung sind Sondennahrung, Aminosäure-Mischungen, Eiweißhydrolysate und Elementar-Diäten. • Sie benötigen das medikamentenähnliche Nahrungsmittel, weil aufgrund einer medizinischen Indikation eine vollständige oder ergänzende Nahrungszufuhr außerhalb des Verdauungstrakts erforderlich ist (parenterale Ernährung). Die Ernährung erfolgt in der Regel über Spezial-Lösungen (zum Beispiel Wasser, Elektrolyte, Kohlenhydrate, Vitamine oder Spurenelemente), die über eine Vene verabreicht werden (intravenöse Zufuhr). 	<p>Das Arzneimittel oder das Verbandmaterial muss von einem in Ziffer 1.2 genannten Leistungserbringer verordnet worden sein.</p> <p>Das Arzneimittel muss zugelassen, aus einer Apotheke bezogen worden sein und ein Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes darstellen.</p> <p>Wenn es sich nicht um Arzneimittel oder bestimmte Nährstoffe und Nahrungsmittel aus der mittleren Spalte handelt, besteht keine Leistungspflicht für Nahrungsmittel, Nährstoffe, Nahrungsergänzungsmittel sowie für Mittel, die vorbeugend genommen werden. Das gilt auch für kosmetische Präparate und auch für den Fall, dass eines der Mittel oder der Nährstoff Ihnen verordnet worden ist und heilwirksame Stoffe enthält.</p>

1.8 Gesetzliche Zuzahlungen

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Zuzahlungen von gesetzlich Krankenversicherten 100 Prozent der Zuzahlungen	<p>Wir erstatten Zuzahlungen, die Sie nach § 61 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch zu Arznei-, Verband-, Hilfs- und Heilmitteln leisten müssen.</p>	

1.9 Zahnmedizinische Leistungen

Die Vergütung für ärztliche und zahnärztliche Leistungen nach Ziffern 1.9.1 und 1.9.2 muss nach den Gebührenordnungen für Ärzte oder Zahnärzte berechnet werden. Wie bereits oben in Ziffer 1.2 festgelegt, erstatten wir diese Kosten bis zu den Höchstsätzen dieser Gebührenordnungen.

1.9.1 Zahnbehandlung

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Zahnbehandlung 100 Prozent der Kosten	<p>Wir erstatten die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • allgemeine zahnärztliche Leistungen. • konservierende Leistungen (einschließlich Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen). • zahnchirurgische Leistungen (Wurzelkanal-Behandlungen, Wurzelspitzenresektionen). 	

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
	<ul style="list-style-type: none"> Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums (auch VECTOR-Technologie, Schleimhauttransplantation, Bakterien-/DNA-Test, mikrobiologische Diagnostik (Speicheltest), Auffüllen von parodontalen Knochendefekten mit Knochen oder Knochenersatzmaterial, die gesteuerte Geweberegeneration zur Wachstumsförderung von geschädigtem Gewebe des Zahnhalteapparats). den zusätzlichen Einsatz eines Operationsmikroskops oder Lasers. 	
Aufbissbehelfe und Schienen 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Kosten für Aufbissbehelfe und Schienen (etwa Knirscherschienen, DROS-Schienen) sowie die damit in direktem Zusammenhang stehenden funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen. Wir erstatten die Kosten für Aufbissbehelfe oder Schienen jedoch nicht, wenn die Leistungen im Zusammenhang mit Zahnersatz oder Inlays erbracht werden.	

1.9.2 Zahnmedizinische Nebenleistungen sowie Prophylaxe (inklusive Bleaching)

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Zahntechnische Leistungen 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Kosten für zahntechnische Leistungen, die mit den Leistungen nach Ziffer 1.9.1 zusammenhängen. Wir zahlen die bundesweit üblichen Preise für zahntechnische Leistungen. Materialkosten für zahntechnische Leistungen erstatten wir zum Herstellerpreis (plus Mehrwertsteuer).	
Vor- und Nachbehandlungen 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Kosten für Vor- und Nachbehandlungen, die mit den Leistungen nach Ziffer 1.9.1 zusammenhängen.	
Schmerzlindernde Behandlungen 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Kosten für schmerzlindernde Behandlungen, die mit den Leistungen nach Ziffer 1.9.1 zusammenhängen. Dazu zählen insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> zahnärztliche Akupunktur. Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf). Hypnose. Lachgas-Sedierung. Vollnarkose. 	
Heil- und Kostenplan 100 Prozent der Kosten	Wir erstatten die Kosten für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans für die Leistungen nach Ziffer 1.9.1.	
Prophylaxe (inklusive Bleaching) 100 Prozent der Kosten bis insgesamt maximal <ul style="list-style-type: none"> 80 Euro in Budgetstufe 1 100 Euro in Budgetstufe 2 120 Euro in Budgetstufe 3 140 Euro in Budgetstufe 4 160 Euro in Budgetstufe 5 Die genannten Beträge gelten jeweils pro Versicherungsjahr, werden auf Ihr Jahresbudget (siehe Ziffer 1.1) angerechnet und erhöhen dieses nicht. Sofern das vorhandene Jahresbudget weniger als der tarifliche	Wir erstatten im Rahmen einer zahnmedizinischen Prophylaxe die Kosten für: <ul style="list-style-type: none"> die Entfernung der Beläge auf Zahn- und Wurzel-Oberflächen. die Reinigung der Zahn-Zwischenräume. die professionelle Zahnreinigung. das Erstellen des Mundhygiene-Status. die gründliche Unterweisung in die eigene Mundhygiene, um Karies und parodontale Erkrankungen vorzubeugen. die Kontrolle des Übungserfolgs. die Fissuren-Versiegelung. Zahn-Aufhellung (Bleaching). 	

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
<p>Erstattungsbetrag beträgt, erstatten wir maximal den Rest aus dem Jahresbudget.</p> <p>Welche Budgetstufe der Versicherungsnehmer für Sie bei uns vereinbart hat, entnehmen Sie bitte der Bescheinigung für den Versicherten und dem Leistungsinformationsblatt.</p>		

1.10 Brillen, Kontaktlinsen und operative Sehschärfen-Korrekturen

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
<p>Brillengestelle und -gläser sowie Kontaktlinsen (Sehhilfen) 100 Prozent der Kosten bis maximal</p> <ul style="list-style-type: none"> • 180 Euro in Budgetstufe 1 • 200 Euro in Budgetstufe 2 • 220 Euro in Budgetstufe 3 • 240 Euro in Budgetstufe 4 • 260 Euro in Budgetstufe 5 <p>Die genannten Beträge gelten jeweils pro Versicherungsjahr, werden auf Ihr Jahresbudget (siehe Ziff. 1.1) angerechnet und erhöhen dieses nicht. Sofern das vorhandene Jahresbudget weniger als der tarifliche Erstattungsbetrag beträgt, erstatten wir maximal den Rest aus dem Jahresbudget.</p> <p>Welche Budgetstufe der Versicherungsnehmer für Sie bei uns vereinbart hat, entnehmen Sie bitte der Bescheinigung für den Versicherten und dem Leistungsinformationsblatt.</p>	<p>Wir erstatten die Kosten für Sehhilfen. Sehhilfen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brillengestelle und -gläser (also Brillen und Sonnenbrillen), • Kontaktlinsen und • Bildschirm-Arbeitsbrillen. 	<p>Wir benötigen eine Verordnung des Augenarztes oder die Sehfehler-Bestimmung eines Optikers, jeweils mit Angabe des Dioptrien-Werts.</p>
<p>Operative Sehschärfen-Korrekturen (refraktive Chirurgie) 100 Prozent der Kosten</p>	<p>Wir erstatten die Kosten für ambulante operative Sehschärfen-Korrekturen (etwa Lasik, Lasek, Femtolaser, Implantation von Intraokularlinsen).</p>	<p>Die Leistung muss nach der Gebührenordnung für Ärzte abrechnungsfähig sein.</p>

1.11 Leistungen im Ausland

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
<p>Auslandsbehandlungen/andere versicherte Leistungen im Ausland</p>	<p>Wir erstatten die ortsüblichen Kosten.</p>	
<p>Versicherte Länder</p> <p>Europa</p> <p>Nichteuropäische Länder</p>	<p>Wir zahlen für Leistungen in ganz Europa.</p> <p>Wir zahlen bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu 6 Monaten in außereuropäischen Staaten. Wenn Sie aus medizinischen Gründen länger behandelt werden müssen, zahlen wir, bis Sie gesundheitlich wieder zurückreisen können.</p>	

1.12 Leistungsausschlüsse und -reduzierung

Grund	Ausschluss	Erläuterungen
Übermaßbehandlung und zu hohe Rechnungen	Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Dafür muss eine Übermaß-Behandlung vorliegen oder eine unangemessen hohe Vergütung verlangt werden.	<p>Eine Übermaß-Behandlung ist eine Heilbehandlung, die das medizinisch notwendige Maß übersteigt.</p> <p>Kosten nach gesetzlichem Vergütungsrecht sind angemessen, soweit sie nach den gesetzlichen Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind.</p> <p>Sonstige Kosten in Deutschland sind angemessen, wenn sie nicht höher sind als bundesweit üblich. Kosten im Ausland sind angemessen, wenn sie dort ortsüblich sind.</p>

1.13 Der Versicherungsfall – Grundlage unserer Leistung

Versicherungsfall	Beschreibung	Erläuterungen
Behandlung wegen Krankheit oder Unfall	<p>Damit wir leisten, müssen Sie sich in einer Heilbehandlung wegen einer Krankheit oder Unfallfolge befinden. Die Behandlung muss medizinisch notwendig sein.</p> <p>Wir leisten auch in diesen Fällen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie werden wegen einer Schwangerschaft untersucht oder medizinisch notwendig behandelt und von Ihrem Kind entbunden. • Es wird ein rechtmäßiger Schwangerschaftsabbruch aus medizinisch notwendigen Gründen oder wegen eines Verbrechens durchgeführt. 	Medizinisch notwendig bedeutet: Die Behandlung eignet sich für den Behandlungserfolg. Und sie ist erforderlich. Beides muss man zum Zeitpunkt der Behandlung bejahen können – nach objektiven medizinischen Kriterien und wissenschaftlichen Erkenntnissen.
Beginn und Ende	<p>Der Versicherungsfall beginnt, wenn Sie sich wegen der Krankheit oder des Unfalls erstmals behandeln oder untersuchen lassen. Das gilt auch, wenn noch keine oder keine richtige Diagnose existiert. Der Versicherungsfall endet, wenn Sie aus medizinischen Gründen keine Behandlung mehr benötigen.</p> <p>Ein neuer Versicherungsfall beginnt, wenn Sie während der Behandlung auch wegen einer anderen Krankheit oder Unfallfolge behandelt werden müssen. Das setzt voraus, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bereits behandelten nicht zusammenhängt.</p>	

1.14 Umfang des Versicherungsschutzes

1.14.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag pünktlich zahlt. Zahlt er diesen erst später, startet der Versicherungsschutz erst, wenn wir den Beitrag erhalten haben.

Wir leisten auch für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Das gilt aber nur für den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

1.14.2 Bestandteile des Vertrags

Der Vertrag setzt sich zusammen aus:

- dem Versicherungsschein.
- den schriftlichen Vereinbarungen.
- diesen Versicherungsbedingungen.
- den gesetzlichen Vorschriften.

1.14.3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit Vertragsende. Das gilt auch für laufende Behandlungen.

Wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wird und Sie den Vertrag nicht als Einzelversicherung fortsetzen, leisten wir noch für weitere 4 Wochen. Das gilt nur für Behandlungen, die bei der Beendigung noch nicht abgeschlossen sind.

2 Allgemeines zu unseren Zahlungen

2.1 Kostenbegriff

Wir erstatten nur die Kosten, zu deren Zahlung Sie aus dem Vertrag mit dem Leistungserbringer verpflichtet sind (Aufwendungen). Das heißt: Wir erstatten keine Kosten, die Ihnen aus nicht berechtigten Ansprüchen Dritter entstehen.

2.2 Zeitpunkt der Kosten

Wenn es darauf ankommt, wann Ihnen Kosten entstanden sind, ist das Datum entscheidend, an dem Sie behandelt

worden sind oder eine Leistung bezogen haben. Das ist wichtig etwa beim Vertragsende.

2.3 Recht auf die Leistungen

Sie als Hauptversicherter haben Anspruch auf die Leistungen. Deshalb wenden sich die Vertragsbedingungen an Sie.

Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.

Sofern Sie Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte abtreten, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

Es ist auch ausreichend, wenn der Abtretungsgläubiger uns die Abtretungsurkunde vorlegt. Abtretungsgläubiger ist die Person, die durch die Abtretung die Forderung auf Versicherungsleistungen erhalten hat. Wir benötigen regelmäßig nicht das Original der Abtretungsurkunde. Vielmehr reicht grundsätzlich etwa eine Kopie, Zweitschrift, ein Scan oder ein Foto von der Urkunde aus.

Solange uns die Abtretung nicht in einer dieser beiden Alternativen angezeigt worden ist, müssen wir nicht an den Abtretungsgläubiger leisten. In diesem Fall können wir die Forderung weiterhin erfüllen, indem wir an Sie leisten.

Diese Vorgaben und Rechtsfolgen ergeben sich aus dem Gesetz. Sie haben keinen Einfluss auf die rechtliche Zulässigkeit oder Wirksamkeit der Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte.

2.4 Nachweise, damit wir zahlen können

Unsere Zahlungen werden nach § 14 Versicherungsvertragsgesetz fällig. Dort ist auch geregelt, wann Sie Abschlagszahlungen von uns verlangen können.

Damit wir zahlen, benötigen wir alle erforderlichen Informationen und Nachweise. Nachweise werden unser Eigentum, wenn wir sie erhalten.

Solche Nachweise sind vor allem Rechnungen (auch unbezahlte). Sie erfordern mindestens diesen Inhalt:

- Name der behandelten Person.
- Bezeichnung der Unfallfolge.
- Art der Leistungen.
- Behandlungsdaten.

Wenn Sie die Rechnung schon woanders eingereicht haben, benötigen wir die Angaben über die Zahlung des anderen Kostenträgers.

2.5 Hier müssen andere zuerst zahlen

Wenn Sie Ansprüche gegen einen anderen Kostenträger haben, gehen diese unserer Zahlung vor. Andere Kostenträger sind:

- gesetzliche Krankenversicherung.
- gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung.
- gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge.

3 Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten

Sie müssen sich von einem Arzt, den wir beauftragen, untersuchen lassen, wenn wir das verlangen.

Wir müssen nicht oder zum Teil nicht leisten, wenn Sie diese Pflicht verletzen. Das regelt § 28 Absätze 2 bis 3 Versicherungsvertragsgesetz.

4 Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können

Sie sind nach diesem Tarif versicherbar, solange Sie zum versicherbaren Personenkreis gehören. Dieser ist im Gruppenversicherungsvertrag festgelegt. Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden.

5 Beitrag und Beitragsänderungen

5.1 Beitragszahlung

5.1.1 Beitrag

Der Versicherungsnehmer muss einen Monatsbeitrag zahlen. Dieser steht im aktuellen Versicherungsschein. Wir berechnen ihn geschlechtsunabhängig nach den Grundsätzen, die in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt sind.

5.1.2 Zahlungstermine

Der Versicherungsnehmer muss den ersten Beitrag zum Versicherungsbeginn zahlen. Das Datum steht im Versicherungsschein.

Die folgenden Beiträge muss der Versicherungsnehmer immer zum Monatsersten zahlen.

5.1.3 Zahlung per Lastschrift

Ist mit dem Versicherungsnehmer vereinbart, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss er uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen. Wir können verlangen, dass er es in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) erteilt.

5.1.4 Tagesbeitrag

Wir verlangen den Beitrag nur für die Zeit, in der Sie bei uns versichert sind. Wenn Ihre Versicherung nicht am Monatsanfang beginnt oder vor dem Monatsende ausläuft, verlangen wir den Beitrag nur für die Tage dieses Monats, an denen Sie bei uns versichert sind. Als Tagesbeitrag gilt 1/30 des Monatsbeitrags. Wir runden auf volle Cent auf.

5.2 Beitragsänderungen

Wir vergleichen einmal jährlich die erforderlichen mit den nach den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.

Wenn diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergibt, überprüfen wir alle Rechnungsgrundlagen für den Beitrag.

Wenn sich diese nicht nur vorübergehend geändert haben, passen wir sie nach den technischen Berechnungsgrundlagen an die aktuellen Stände an. Diese Anpassung setzt die Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders voraus. Wir informieren den Versicherungsnehmer über die Anpassung in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe. Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

6 Weitere Vertragsänderungen

6.1 Ruhen der Versicherung

6.1.1 Ruhen in Zeiten ohne Gehalt

Der Versicherungsnehmer kann Ihre Versicherung ruhend stellen. Das bedeutet:

- Für die Zeit des Ruhens haben Sie keinen Anspruch auf die Leistungen.
- Der Versicherungsnehmer muss für Sie in dieser Zeit keine Beiträge zahlen.

In diesen Fällen, in denen Sie kein Gehalt bekommen, kann Ihre Versicherung ruhen:

- Sie sind durch Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig.
- Sie nehmen Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz.
- Sie pflegen einen nahen Angehörigen nach dem Familien-Pflegezeitgesetz.
- Sie sind aus einem anderen Grund von Ihrer Pflicht zur Arbeitsleistung vorübergehend freigestellt („Sabbatical“).

Beginnt die Zeit ohne Gehalt an einem Monatsersten, fängt das Ruhen an diesem Tag an. Entfällt Ihr Gehalt jedoch später, fängt das Ruhen erst mit dem nächsten Monat an.

Ihre Versicherung ruht jeweils für höchstens 36 Monate. Vor Ablauf dieser Frist endet das Ruhen mit dem Monat, in dem die Zeit ohne Gehalt ausläuft.

6.1.2 Fortsetzung nach dem Ruhen

Wenn das Ruhen endet, setzen wir Ihre Versicherung fort. Das bedeutet ab der Fortsetzung:

- Der Versicherungsnehmer muss den dann gültigen Beitrag zahlen.
- Sie erhalten die vereinbarten Leistungen. Tritt der Versicherungsfall während der Ruhenszeit ein, leisten wir dafür ab der Fortsetzung.
- Es gelten die dann gültigen Versicherungsbedingungen.

6.2 Versicherung von Kindern

6.2.1 Neugeborene

Wir versichern Neugeborene ohne Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz. Geburtsschäden und angeborene Krankheiten sind dann auch abgesichert.

Dafür müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ein Elternteil ist am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach seiner Geburt bei uns an.

6.2.2 Adoptivkinder

Wir versichern Adoptivkinder, die bei der Adoption noch keine 18 Jahre alt sind, ohne Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz.

Für ein erhöhtes Risiko können wir einen Risikozuschlag von bis zu 100 Prozent des Monatsbeitrags verlangen. Hierfür gelten unsere Grundsätze für die Risikobewertung.

Für die Nachversicherung müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ein Elternteil ist am Tag der Adoption mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach der Adoption bei uns an.

6.2.3 Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz des Kindes darf nicht höher oder umfassender sein als für den Elternteil, der bei uns versichert ist.

Wenn beide Eltern bei uns versichert sind, ist der insgesamt leistungstärkere Versicherungsschutz die Grenze.

6.3 Änderung der Vertragsbedingungen

Ändern wir die Vertragsbedingungen in den folgenden Fällen, informieren wir den Versicherungsnehmer in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe.

6.3.1 Anpassung

Wir können Vertragsbedingungen anpassen, wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen nicht nur vorübergehend ändern. Das gilt etwa bei der Änderung von Gesetzen, die sich auf unsere Leistungszusage auswirken.

Dazu müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein:

- Die Anpassung ist notwendig, um den Vertrag weiterzuführen.
- Ohne Anpassung wäre es für einen Vertragspartner unzumutbar, an dem Vertrag festzuhalten. Dabei müssen auch die Interessen des anderen Vertragspartners berücksichtigt werden.
- Die neue Regelung berücksichtigt die Belange des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen angemessen. Dabei wird das Vertragsziel gewahrt.

Außerdem muss ein unabhängiger Treuhänder diese Voraussetzungen überprüft haben. Er muss bestätigen, dass die Anpassung angemessen ist.

Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

6.3.2 Ersetzung

Wir können Vertragsbedingungen nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz durch neue Regelungen ersetzen. Das gilt etwa, wenn eine Bestimmung höchststrichlich für unwirksam erklärt wurde.

Die neue Regelung wird 2 Wochen nach unserer Information wirksam.

7 Vertragsende und Fortsetzung

7.1 Kündigung

Wir haben kein ordentliches Kündigungsrecht.

Der Versicherungsnehmer kann folgendermaßen kündigen:

7.1.1 Form und Rechtzeitigkeit sowie Information des Versicherten

Der Versicherungsnehmer muss in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) kündigen. Mündlich oder telefonisch reicht nicht aus.

Wenn der Versicherungsnehmer eine Kündigungsfrist oder Frist für einen Nachweis verpasst, ist die Kündigung unwirksam.

Kündigt der Versicherungsnehmer den Vertrag für einen Versicherten, ist dies nur wirksam, wenn er nachweist, dass der Versicherte davon weiß.

7.1.2 Ordentliche Kündigung

Der Versicherungsnehmer kann die Kündigung auf einzelne Hauptversicherte beschränken. Wir müssen die Kündigung spätestens am 30. September des Jahres erhalten, zu dessen Ende er kündigen will.

Der Versicherungsnehmer kann frühestens zum Ende des zweiten Versicherungsjahrs kündigen (2-jährige Mindestlaufzeit). Danach kann er zu jedem Jahresende kündigen. Das Versicherungsjahr haben wir in Ziffer 8.5 geregelt.

7.1.3 Erhöhung von Beitrag sowie Minderung unserer Leistungen

Erhöhen wir den Beitrag, kann der Versicherungsnehmer für die Person kündigen, für die er mehr zahlen muss. Er kann auch für sie kündigen, wenn wir den Umfang des Versicherungsschutzes verringern.

In beiden Fällen gilt:

- Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Monaten erhalten, nachdem wir dem Versicherungsnehmer die Vertragsänderung mitgeteilt haben.
- Die Versicherung endet zu dem Tag, an dem die Vertragsänderung (Beitragserhöhung oder Leistungsminderung) wirksam wird.

7.1.4 Recht auf Gegenkündigung

Wenn wir nur für einzelne Versicherte anfechten, zurücktreten oder außerordentlich kündigen, hat der Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht. Er kann damit die Aufhebung aller Verträge bei uns verlangen. Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Wochen nach unserer Vertragserklärung erhalten.

Wenn wir angefochten haben oder zurückgetreten sind, heben wir die Verträge zum Ende des Monats auf, in dem der Versicherungsnehmer unsere Erklärung erhalten hat. Bei außerordentlicher Kündigung enden die Verträge zu dem Zeitpunkt, zu dem unsere Kündigung wirksam wird.

7.2 Sonstiges Vertragsende

7.2.1 70. Geburtstag

Ihre Versicherung endet mit dem Monat, in dem Sie Ihren 70. Geburtstag haben.

7.2.2 Rentenbeginn

Ihre Versicherung endet zu dem Zeitpunkt, ab dem Sie eine Altersrente beziehen.

7.2.3 Ende des Gruppenversicherungsvertrags

Ihre Versicherung endet mit dem Ende des Gruppenversicherungsvertrags.

7.2.4 Tod

Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie sterben.

7.3 Fortsetzung

7.3.1 Kündigung des Gruppenversicherungsvertrags

Wenn Ihre Versicherung endet, weil die Gruppenversicherung gekündigt wird, können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach § 206 Absatz 4 und § 207 Absatz 2 Satz 3 Versicherungsvertragsgesetz fortsetzen.

7.3.2 Sonstiges Fortsetzungsrecht

Wenn Ihre Versicherung endet, weil Sie

- aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden,
- 70 Jahre geworden sind oder
- eine Altersrente beziehen,

können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Dies müssen Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach dem Ende der Versicherung mitteilen.

Wenn die Einzelversicherung einen höheren oder umfassenden Versicherungsschutz enthält, können wir für diese Mehrleistung besondere Vereinbarungen treffen.

Die bisherige ununterbrochene Versicherungszeit rechnen wir auf die Wartezeiten in der Einzelversicherung an.

8 Sonstige Regelungen

8.1 Offenlegung

Gutachten und Stellungnahmen, die wir besorgt oder angefordert haben, weil wir die Notwendigkeit einer Behandlung prüfen, legen wir auf Wunsch offen. Sie erhalten so Auskunft und können die Unterlagen einsehen.

Den Anspruch haben Sie. An Ihrer Stelle ist Ihr gesetzlicher Vertreter berechtigt, die Offenlegung zu verlangen. Wenn erhebliche Gründe dieser Offenlegung entgegenstehen, kann sie nur ein Arzt oder Rechtsanwalt verlangen.

Wenn wir diese Dokumente von Ihnen anfordern, zahlen wir Ihre Aufwendungen dafür.

8.2 Ausländisches Geld

Wir rechnen ausländische Währungen in Euro um. Dafür gilt der Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Gibt es keinen Wechselkurs für Ihre Währung, rechnen wir zum aktuellen Kurs nach der "Devisenkurs-Statistik" um (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank).

Wir rechnen zu dem Tageskurs um, an dem wir Ihre Belege erhalten. Wenn Sie das Geld zu einem schlechteren Kurs erworben haben, nehmen wir diesen. Bitte legen Sie uns dazu Ihren Bankbeleg vor.

8.3 Kosten, die wir abziehen können

Unsere Zahlung auf ein deutsches Konto ist für Sie kostenlos. Unsere Kosten für Auslandszahlungen und für Übersetzungen können wir von unserer Zahlung abziehen.

8.4 Verrechnung von Zahlungen

Sie können gegen unsere Forderungen aufrechnen. Das gilt, soweit Ihr Anspruch unbestritten oder abschließend gerichtlich festgestellt ist.

8.5 Erklärung „Versicherungsjahr“

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Es endet am 31. Dezember desselben Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

8.6 Deutsches Recht

Es gilt deutsches Recht.

8.7 Beschwerdemöglichkeiten

8.7.1 Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler

Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.allianz.de/service/beschwerde/. Sie können Ihre Beschwerde auch an den Versicherungsvermittler richten.

8.7.2 Beschwerde beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Website: www.pkv-ombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. An den Ombudsmann können sich Versicherungsnehmer und Versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag.

8.7.3 Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie oder der Versicherungsnehmer sich auch an diese wenden.

8.7.4 Rechtsweg

Unabhängig von der Beschwerde haben Sie oder der Versicherungsnehmer immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Versicherungsbedingungen für Tarif betriebliche KV Zahnersatz Plus
(kurz: FZZP02) - Gruppenversicherung

Inhalt:

1	Versicherte Leistungen	2
1.1	Leistungserbringer und Honorargrenzen ..	2
1.2	Zahnmedizinische Behandlungen	2
1.3	Leistungen im Ausland	3
1.4	Leistungsausschlüsse und -reduzierung...	4
1.5	Der Versicherungsfall – Grundlage unserer Leistung	4
1.6	Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.....	4
1.7	Umfang des Versicherungsschutzes	4
2	Allgemeines zu unseren Zahlungen	5
2.1	Kostenbegriff.....	5
2.2	Zeitpunkt der Kosten	5
2.3	Recht auf die Leistungen.....	5
2.4	Nachweise, damit wir zahlen können	5
2.5	Hier müssen andere zuerst zahlen.....	5
3	Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten ...	5
4	Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können	5
4.1	Versicherungsfähigkeit.....	5
4.2	Versicherbarer Personenkreis	5
5	Beitrag und Beitragsänderungen	5
5.1	Beitragszahlung	5
5.2	Beitragsänderungen	5
6	Weitere Vertragsänderungen.....	6
6.1	Ruhen der Versicherung	6
6.2	Versicherung von Kindern	6
6.3	Änderung der Vertragsbedingungen.....	6
7	Vertragsende und Fortsetzung.....	6
7.1	Kündigung.....	6
7.2	Sonstiges Vertragsende	7
7.3	Fortsetzung	7
8	Sonstige Regelungen	7
8.1	Auskunft und Offenlegung.....	7
8.2	Ausländisches Geld	7
8.3	Kosten, die wir abziehen können.....	7
8.4	Verrechnung von Zahlungen	7
8.5	Erklärung „Versicherungsjahr“	7
8.6	Deutsches Recht.....	7
8.7	Beschwerdemöglichkeiten.....	7

1 Versicherte Leistungen

Wir übernehmen folgende Aufwendungen für medizinische notwendige Leistungen und Gegenstände.

1.1 Leistungserbringer und Honorargrenzen

Versicherte Leistungserbringer und Honorargrenzen	Umfang	Ausnahmen
Leistungserbringer	Sie haben die freie Wahl unter allen Ärzten und Zahnärzten, die zur Ausübung der Heilkunde berechtigt sind. Diese müssen niedergelassen oder in einem medizinischen Versorgungszentrum oder in einem Krankenhaus als Angestellter oder Beamter tätig sein.	Wir zahlen keine Behandlungen durch Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Wir übernehmen in diesem Fall die Auslagen des Leistungserbringers. Wir zahlen auch nicht für Leistungserbringer, die wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben. Wir können einzelne Ärzte oder Zahnärzte ausschließen. Wir informieren Sie in diesem Fall über den Ausschluss von der Kostenerstattung. Erst dann gilt er für Sie. Wenn Sie diese Information erst erhalten, während Sie bereits behandelt werden, erstatten wir noch die Kosten für Behandlungen in den ersten 3 Monaten nach unserer Information.
Honorargrenzen	Die Vergütung für ärztliche und zahnärztliche Leistungen muss nach den Gebührenordnungen für Ärzte oder Zahnärzte berechnet werden. Wir erstatten diese Kosten bis zum Höchstsatz dieser Gebührenordnungen.	

1.2 Zahnmedizinische Behandlungen

Für Versicherte mit einem Wahltarif nach § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch gilt: Haben Sie im Wahltarif einen Selbstbehalt vereinbart, gehört Ihr Eigenanteil aus dem Wahltarif zur Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Akupunktur - 100 Prozent.	Wir erstatten die Kosten für eine zahnärztliche Akupunktur, um den Schmerz auszuschalten.	
Arznei- und Verbandmittel	Bei einer zahnmedizinischen Verordnung erstatten wir die Kosten für: • Arzneimittel, die nach dem Arzneimittel-Gesetz zugelassen sind. • Verbandmittel. Wir erstatten diese Kosten wie die Behandlung, für die die Mittel verordnet werden.	Diese Mittel müssen von einem versicherten Leistungserbringer verordnet sein. Zudem müssen die Arzneimittel in der Apotheke gekauft werden.
Implantate - 70 Prozent.	Wir erstatten die Kosten für: • implantologische Leistungen. • dazu gehörende chirurgische Leistungen (etwa Knochenaufbau). • den dazu gehörenden, zusätzlichen Einsatz eines Operationsmikroskops oder Lasers.	
Inlays und Zahnersatz - 70 Prozent abzüglich der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung. - 30 Prozent, wenn die gesetzliche Krankenversicherung trotz Leistungspflicht nicht vorleistet.	Wir erstatten die Kosten für: • Inlays (Einlage-Füllungen). • prothetische Leistungen einschließlich Stift-Zähnen, Kronen, Teilkronen und Keramik-Verblendschalen (Veneers), Kunststoff- und Keramikverblendungen für alle Zähne sowie auf Implantaten sitzendem Zahnersatz. • dazu gehörende funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (auch Aufbiss-Behelfe und Schienen). • den dazu gehörenden, zusätzlichen Einsatz	

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
	eines Operationsmikroskops. • Vor- und Nachbehandlungen. Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung richtet sich nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch.	
Kieferorthopädie - 70 Prozent abzüglich der Vorleistung durch die gesetzliche Krankenversicherung.	Wir erstatten die Kosten für kieferorthopädische Leistungen wegen eines Unfalls. Als Unfall gilt nicht, wenn ein Zahn beim Essen beschädigt wird (etwa Biss auf einen Kirschkern). Zudem erstatten wir die Kosten für die Behandlung einer schweren Erkrankung durch eine Kombination aus Kieferchirurgie und -orthopädie. Schwere Erkrankungen sind eine angeborene Missbildung des Gesichts oder des Kiefers, eine skelettale Dysgnathie oder eine verletzungsbedingte Fehlstellung.	Wir zahlen nur, wenn die gesetzliche Krankenversicherung vorgeleistet hat.
Schmerzlindernde Behandlungen	Zusätzlich zu Kosten für Akupunktur (siehe dazu ganz oben) erstatten wir auch die Kosten für schmerzlindernde Behandlungen, etwa: • Analgo-Sedierung (Dämmerschlaf). • Hypnose. • Lachgas-Sedierung. • Vollnarkose. Wir erstatten die Kosten wie die zahnmedizinische Leistung, für die die schmerzlindernde Behandlung erbracht wird.	
Zahntechnische Leistungen	Wir erstatten die Kosten wie die Behandlung, für die die zahntechnischen Leistungen erbracht werden. Es gelten die bundesweit üblichen Preise für zahntechnische Leistungen. Materialkosten für zahntechnische Leistungen erstatten wir zum Herstellerpreis (plus Mehrwertsteuer).	
Unser Tipp: Heil- und Kostenplan	Damit Sie früh Klarheit über die Höhe unserer Erstattung haben, empfehlen wir, uns einen Heil- und Kostenplan zu geben. Wir informieren Sie so schnell wie möglich über den Umfang unserer Erstattung. Wir erstatten Kosten für den Heil- und Kostenplan zu dem Prozentsatz, den wir für die Behandlung erstatten.	

1.3 Leistungen im Ausland

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Auslandsbehandlungen	Wir erstatten die ortsüblichen Kosten zu den Prozentsätzen, die für eine Behandlung in Deutschland gelten.	
Versicherte Länder		
Europa	Wir zahlen für Leistungen in ganz Europa.	
Nichteuropäische Länder	Wir zahlen bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu 6 Monaten in außereuropäischen Staaten. Wenn Sie aus medizinischen Gründen länger behandelt werden müssen, zahlen wir, bis Sie gesundheitlich wieder zurückreisen können.	

1.4 Leistungsausschlüsse und -reduzierung

Grund	Ausschluss	Erläuterungen
Krieg und Wehrdienstbeschädigung	Wir zahlen nicht, wenn Sie durch Kriegsereignisse verletzt werden. Wir zahlen dennoch, wenn Sie außerhalb des Lands, in dem Sie Ihren Wohnort haben, vom Kriegsbeginn überrascht werden und Sie ohne Schuld im Kriegsgebiet bleiben müssen. Wir zahlen auch nicht für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen.	Terroristische Anschläge sind keine Kriegsereignisse. Als Wohnort gilt, wo Sie sich gewöhnlich aufhalten. Ein Kriegsereignis ist überraschend, wenn es hierzu keine Reisewarnung des deutschen Auswärtigen Amts gab, bevor Sie das Land, in dem Sie wohnen, verlassen haben.
Zuzahlungen	Wir zahlen keine Zuzahlungen, die Sie nach § 61 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch leisten müssen.	
Übermaßbehandlung und zu hohe Rechnungen	Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Dafür muss eine Übermaß-Behandlung vorliegen oder eine unangemessen hohe Vergütung verlangt werden.	Eine Übermaß-Behandlung ist eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, die das medizinisch notwendige Maß übersteigt. Kosten nach gesetzlichem Vergütungsrecht sind angemessen, soweit sie nach den gesetzlichen Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind.

1.5 Der Versicherungsfall – Grundlage unserer Leistung

Versicherungsfall	Beschreibung	Erläuterungen
Behandlung bei Krankheit oder Unfallfolgen	Damit wir leisten, müssen Sie sich in einer Heilbehandlung wegen einer Krankheit oder Unfallfolge befinden. Die Behandlung muss medizinisch notwendig sein.	Medizinisch notwendig bedeutet: Die Behandlung eignet sich für den Behandlungserfolg. Und sie ist erforderlich. Beides muss man zum Zeitpunkt der Behandlung bejahen können – nach objektiven medizinischen Kriterien und wissenschaftlichen Erkenntnissen.
Beginn und Ende	Der Versicherungsfall beginnt, wenn Sie sich wegen der Krankheit oder des Unfalls erstmals behandeln oder untersuchen lassen. Das gilt auch, wenn noch keine oder keine richtige Diagnose existiert. Der Versicherungsfall endet, wenn Sie aus medizinischen Gründen keine Behandlung mehr benötigen. Ein neuer Versicherungsfall beginnt, wenn Sie während der Behandlung auch wegen einer anderen Krankheit oder Unfallfolge behandelt werden müssen. Das setzt voraus, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bereits behandelten nicht zusammenhängt.	

1.6 Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Wir zahlen für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Wir zahlen zudem für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können dann auf den Betrag kürzen, der für eine schulmedizinische Methode oder ein solches Arzneimittel angefallen wäre.

1.7 Umfang des Versicherungsschutzes

1.7.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag pünktlich zahlt. Zahlt er diesen erst später, startet der Versicherungsschutz erst, wenn wir den Beitrag erhalten haben.

Wir leisten auch für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Das gilt aber nur für den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

1.7.2 Bestandteile des Vertrags

Der Vertrag setzt sich zusammen aus:

- dem Versicherungsschein.
- den schriftlichen Vereinbarungen.
- diesen Versicherungsbedingungen.
- den gesetzlichen Vorschriften.

1.7.3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit Vertragsende. Das gilt auch für laufende Behandlungen.

Wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wird und Sie den Vertrag nicht als Einzelversicherung fortsetzen, leisten wir noch für weitere 4 Wochen. Das gilt nur für Behandlungen, die bei der Beendigung noch nicht abgeschlossen sind.

2 Allgemeines zu unseren Zahlungen

2.1 Kostenbegriff

Wir erstatten nur die Kosten, zu deren Zahlung Sie aus dem Vertrag mit dem Leistungserbringer verpflichtet sind (Aufwendungen). Das heißt: Wir erstatten keine Kosten, die Ihnen aus nicht berechtigten Ansprüchen Dritter entstehen.

2.2 Zeitpunkt der Kosten

Wenn es darauf ankommt, wann Ihnen Kosten entstanden sind, ist das Datum entscheidend, an dem Sie behandelt worden sind oder eine Leistung bezogen haben. Das ist wichtig etwa beim Vertragsende.

2.3 Recht auf die Leistungen

Sie als Hauptversicherter haben Anspruch auf die Leistungen. Deshalb wenden sich die Vertragsbedingungen an Sie.

Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.

Sofern Sie Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte abtreten, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

Es ist auch ausreichend, wenn der Abtretungsgläubiger uns die Abtretungsurkunde vorlegt. Abtretungsgläubiger ist die Person, die durch die Abtretung die Forderung auf Versicherungsleistungen erhalten hat. Wir benötigen regelmäßig nicht das Original der Abtretungsurkunde. Vielmehr reicht grundsätzlich etwa eine Kopie, Zweitschrift, ein Scan oder ein Foto von der Urkunde aus.

Solange uns die Abtretung nicht in einer dieser beiden Alternativen angezeigt worden ist, müssen wir nicht an den Abtretungsgläubiger leisten. In diesem Fall können wir die Forderung weiterhin erfüllen, indem wir an Sie leisten.

Diese Vorgaben und Rechtsfolgen ergeben sich aus dem Gesetz. Sie haben keinen Einfluss auf die rechtliche Zulässigkeit oder Wirksamkeit der Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte.

2.4 Nachweise, damit wir zahlen können

Unsere Zahlungen werden nach § 14 Versicherungsvertragsgesetz fällig. Dort ist auch geregelt, wann Sie Abschlagszahlungen von uns verlangen können.

Damit wir zahlen, benötigen wir alle erforderlichen Informationen und Nachweise. Nachweise werden unser Eigentum, wenn wir sie erhalten.

Solche Nachweise sind vor allem Rechnungen (auch unbezahlte). Sie erfordern mindestens diesen Inhalt:

- Name der behandelten Person.
- Bezeichnung der Krankheit.
- Art der Leistungen.
- Behandlungs- oder Kaufdaten.

Wenn Sie die Rechnung schon woanders eingereicht haben, benötigen wir die Angaben über die Zahlung des anderen Kostenträgers.

2.5 Hier müssen andere zuerst zahlen

Wenn Sie Ansprüche gegen einen anderen Kostenträger haben, gehen diese unserer Zahlung vor. Andere Kostenträger sind:

- gesetzliche Krankenversicherung.
- gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung.
- gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge.

Wenn Sie es wünschen, zahlen wir auch als Erster. Dafür müssen Sie uns Ihren Anspruch gegen den anderen Kostenträger abtreten, soweit wir zahlen.

3 Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten

Sie müssen sich von einem Arzt, den wir beauftragen, untersuchen lassen, wenn wir das verlangen.

Wir müssen nicht oder zum Teil nicht leisten, wenn Sie diese Pflicht verletzen. Das regelt § 28 Absätze 2 bis 3 Versicherungsvertragsgesetz.

4 Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können

4.1 Versicherungsfähigkeit

Sie sind nach diesem Tarif versicherbar, solange Sie bei einer Krankenkasse nach dem Sozialgesetzbuch versichert sind. Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie diese Voraussetzung nicht mehr erfüllen.

4.2 Versicherbarer Personenkreis

Sie müssen außerdem zum versicherbaren Personenkreis gehören. Dieser ist im Gruppenversicherungsvertrag festgelegt. Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden.

5 Beitrag und Beitragsänderungen

5.1 Beitragszahlung

5.1.1 Beitrag

Der Versicherungsnehmer muss einen Monatsbeitrag zahlen. Dieser steht im aktuellen Versicherungsschein. Wir berechnen ihn geschlechtsunabhängig nach den Grundsätzen, die in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt sind.

5.1.2 Zahlungstermine

Der Versicherungsnehmer muss den ersten Beitrag zum Versicherungsbeginn zahlen. Das Datum steht im Versicherungsschein.

Die folgenden Beiträge muss der Versicherungsnehmer immer zum Monatsersten zahlen.

5.1.3 Zahlung per Lastschrift

Ist mit dem Versicherungsnehmer vereinbart, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss er uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen. Wir können verlangen, dass er es in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) erteilt.

5.1.4 Tagesbeitrag

Wir verlangen den Beitrag nur für die Zeit, in der Sie bei uns versichert sind. Wenn Ihre Versicherung nicht am Monatsanfang beginnt oder vor dem Monatsende ausläuft, verlangen wir den Beitrag nur für die Tage dieses Monats, an denen Sie bei uns versichert sind. Als Tagesbeitrag gilt 1/30 des Monatsbeitrags. Wir runden auf volle Cent auf.

5.2 Beitragsänderungen

Wir haben das Recht, den Beitrag während der Vertragslaufzeit anzupassen. Dafür müssen die Voraussetzungen nach § 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz erfüllt sein. Die dafür nötige Gegenüberstellung muss eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergeben.

Wir informieren den Versicherungsnehmer über die Anpassung in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe. Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

6 Weitere Vertragsänderungen

6.1 Ruhen der Versicherung

6.1.1 Ruhen in Zeiten ohne Gehalt

Der Versicherungsnehmer kann Ihre Versicherung ruhend stellen. Das bedeutet:

- Für die Zeit des Ruhens haben Sie keinen Anspruch auf die Leistungen.
- Der Versicherungsnehmer muss für Sie in dieser Zeit keine Beiträge zahlen.

In diesen Fällen, in denen Sie kein Gehalt bekommen, kann Ihre Versicherung ruhen:

- Sie sind durch Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig.
- Sie nehmen Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz.
- Sie pflegen einen nahen Angehörigen nach dem Pflegezeitgesetz.
- Sie sind aus einem anderen Grund von Ihrer Pflicht zur Arbeitsleistung vorübergehend freigestellt („Sabbatical“).

Beginnt die Zeit ohne Gehalt an einem Monatsersten, fängt das Ruhen an diesem Tag an. Entfällt Ihr Gehalt jedoch später, fängt das Ruhen erst mit dem nächsten Monat an.

Ihre Versicherung ruht jeweils für höchstens 36 Monate. Vor Ablauf dieser Frist endet das Ruhen mit dem Monat, in dem die Zeit ohne Gehalt ausläuft.

6.1.2 Fortsetzung nach dem Ruhen

Wenn das Ruhen endet, setzen wir Ihre Versicherung fort. Das bedeutet ab der Fortsetzung:

- Der Versicherungsnehmer muss den dann gültigen Beitrag zahlen.
- Sie erhalten die vereinbarten Leistungen. Tritt der Versicherungsfall während der Ruhenszeit ein, leisten wir dafür ab der Fortsetzung.
- Es gelten die dann gültigen Versicherungsbedingungen.

6.2 Versicherung von Kindern

6.2.1 Neugeborene

Wir versichern Neugeborene ohne Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz. Geburtsschäden und angeborene Krankheiten sind dann auch abgesichert.

Dafür müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ein Elternteil ist am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach seiner Geburt bei uns an.

6.2.2 Adoptivkinder

Wir versichern Adoptivkinder, die bei der Adoption noch keine 18 Jahre alt sind, ohne Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz.

Für ein erhöhtes Risiko können wir einen Risikozuschlag von bis zu 100 Prozent des Monatsbeitrags verlangen. Hierfür gelten unsere Grundsätze für die Risikobewertung.

Für die Nachversicherung müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ein Elternteil ist am Tag der Adoption mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach der Adoption bei uns an.

6.2.3 Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz des Kindes darf nicht höher oder umfassender sein als für den Elternteil, der bei uns versichert ist.

Wenn beide Eltern bei uns versichert sind, ist der insgesamt leistungsstärkere Versicherungsschutz die Grenze.

6.3 Änderung der Vertragsbedingungen

Ändern wir die Vertragsbedingungen in den folgenden Fällen, informieren wir den Versicherungsnehmer in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe.

6.3.1 Anpassung

Wir können Vertragsbedingungen anpassen, wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen nicht nur vorübergehend ändern. Das gilt etwa bei der Änderung von Gesetzen, die sich auf unsere Leistungszusage auswirken.

Dazu müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein:

- Die Anpassung ist notwendig, um den Vertrag weiterzuführen.
- Ohne Anpassung wäre es für einen Vertragspartner unzumutbar, an dem Vertrag festzuhalten. Dabei müssen auch die Interessen des anderen Vertragspartners berücksichtigt werden.
- Die neue Regelung berücksichtigt die Belange des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen angemessen. Dabei wird das Vertragsziel gewahrt.

Außerdem muss ein unabhängiger Treuhänder diese Voraussetzungen überprüft haben. Er muss bestätigen, dass die Anpassung angemessen ist.

Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

6.3.2 Ersetzung

Wir können Vertragsbedingungen nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz durch neue Regelungen ersetzen. Das gilt etwa, wenn eine Bestimmung höchstrichterlich für unwirksam erklärt wurde.

Die neue Regelung wird 2 Wochen nach unserer Information wirksam.

7 Vertragsende und Fortsetzung

7.1 Kündigung

Wir haben kein ordentliches Kündigungsrecht.

Der Versicherungsnehmer kann folgendermaßen kündigen:

7.1.1 Form und Rechtzeitigkeit sowie Information des Versicherten

Der Versicherungsnehmer muss in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) kündigen. Mündlich oder telefonisch reicht nicht aus.

Wenn der Versicherungsnehmer eine Kündigungsfrist oder Frist für einen Nachweis verpasst, ist die Kündigung unwirksam.

Kündigt der Versicherungsnehmer den Vertrag für einen Versicherten, ist dies nur wirksam, wenn er nachweist, dass der Versicherte davon weiß.

7.1.2 Ordentliche Kündigung

Der Versicherungsnehmer kann die Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken. Wir müssen die Kündigung spätestens am 30. September des Jahres erhalten, zu dessen Ende er kündigen will.

Der Versicherungsnehmer kann frühestens zum Ende des zweiten Versicherungsjahrs kündigen (2-jährige Mindestlaufzeit). Danach kann er zu jedem Jahresende kündigen. Das Versicherungsjahr haben wir in Ziffer 8.5 geregelt.

7.1.3 Erhöhung von Beitrag sowie Minderung unserer Leistungen

Erhöhen wir den Beitrag, kann der Versicherungsnehmer für die Person kündigen, für die er mehr zahlen muss. Er kann auch für sie kündigen, wenn wir den Umfang des Versicherungsschutzes verringern.

In beiden Fällen gilt:

- Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Monaten erhalten, nachdem wir dem Versicherungsnehmer die Vertragsänderung mitgeteilt haben.
- Der Vertrag endet zu dem Tag, an dem die Vertragsänderung (Beitragserhöhung oder Leistungsminderung) wirksam wird.

7.1.4 Recht auf Gegenkündigung

Wenn wir nur für einzelne Versicherten anfechten, zurücktreten oder außerordentlich kündigen, hat der Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht. Er kann damit die Aufhebung aller Verträge bei uns verlangen. Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Wochen nach unserer Vertragserklärung erhalten.

Wenn wir angefochten haben oder zurückgetreten sind, heben wir die Verträge zum Ende des Monats auf, in dem der Versicherungsnehmer unsere Erklärung erhalten hat. Bei außerordentlicher Kündigung enden die Verträge zu dem Zeitpunkt, zu dem unsere Kündigung wirksam wird.

7.2 Sonstiges Vertragsende

7.2.1 70. Geburtstag

Ihre Versicherung endet mit dem Monat, in dem Sie Ihren 70. Geburtstag haben.

7.2.2 Rentenbeginn

Ihre Versicherung endet zu dem Zeitpunkt, ab dem Sie eine Altersrente beziehen.

7.2.3 Ende des Gruppenversicherungsvertrags

Ihre Versicherung endet mit dem Ende des Gruppenversicherungsvertrags.

7.2.4 Tod

Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie sterben.

7.3 Fortsetzung

7.3.1 Kündigung des Gruppenversicherungsvertrags

Wenn Ihre Versicherung endet, weil die Gruppenversicherung gekündigt wird, können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach § 206 Absatz 4 und § 207 Absatz 2 Satz 3 Versicherungsvertragsgesetz fortsetzen.

7.3.2 Sonstiges Fortsetzungsrecht

Wenn Ihre Versicherung endet, weil Sie

- aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden,
- 70 Jahre geworden sind oder
- eine Altersrente beziehen,

können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Dies müssen Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach dem Ende der Versicherung mitteilen.

Wenn die Einzelversicherung einen höheren oder umfassenden Versicherungsschutz enthält, können wir für diese Mehrleistung besondere Vereinbarungen treffen.

Die bisherige ununterbrochene Versicherungszeit rechnen wir auf die Wartezeiten in der Einzelversicherung an.

8 Sonstige Regelungen

8.1 Auskunft und Offenlegung

8.1.1 Auskunft vor Behandlungsbeginn

Wenn eine Behandlung ansteht, die mehr als 2.000 Euro kosten soll, können Sie davor folgende Auskunft von uns erhalten:

Wir nennen Ihnen den Umfang unserer Zahlung und begründen das in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail). Wenn Sie uns einen Kostenvoranschlag oder andere Unterlagen gegeben haben, gehen wir auch darauf ein.

Grundsätzlich informieren wir Sie spätestens innerhalb von 4 Wochen. Wenn die Behandlung aber eilt, geben wir Ihnen die Auskunft spätestens nach 2 Wochen. Diese Fristen beginnen, sobald wir Ihre Anfrage erhalten.

Wenn wir die 2- oder 4-wöchige Frist nicht einhalten, wird vermutet, dass die Behandlung medizinisch notwendig ist. Das gilt so lange, bis wir das Gegenteil beweisen.

8.1.2 Offenlegung von Unterlagen

Gutachten und Stellungnahmen, die wir besorgt oder angefordert haben, weil wir die Notwendigkeit einer Behandlung prüfen, legen wir auf Wunsch offen. Sie erhalten so Auskunft und können die Unterlagen einsehen.

Den Anspruch haben Sie. An Ihrer Stelle ist Ihr gesetzlicher Vertreter berechtigt, die Offenlegung zu verlangen. Wenn erhebliche Gründe dieser Offenlegung entgegenstehen, kann sie nur ein Arzt oder Rechtsanwalt verlangen.

Wenn wir diese Dokumente von Ihnen anfordern, zahlen wir Ihre Aufwendungen dafür.

8.2 Ausländisches Geld

Wir rechnen ausländische Währungen in Euro um. Dafür gilt der Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Gibt es keinen Wechselkurs für Ihre Währung, rechnen wir zum aktuellen Kurs nach der "Devisenkurs-Statistik" um (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank).

Wir rechnen zu dem Tageskurs um, an dem wir Ihre Belege erhalten. Wenn Sie das Geld zu einem schlechteren Kurs erworben haben, nehmen wir diesen. Bitte legen Sie uns dazu Ihren Bankbeleg vor.

8.3 Kosten, die wir abziehen können

Unsere Zahlung auf ein deutsches Konto ist für Sie kostenlos. Unsere Kosten für Auslandszahlungen und für Übersetzungen können wir von unserer Zahlung abziehen.

8.4 Verrechnung von Zahlungen

Sie können gegen unsere Forderungen aufrechnen. Das gilt, soweit Ihr Anspruch unbestritten oder abschließend gerichtlich festgestellt ist.

8.5 Erklärung „Versicherungsjahr“

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Es endet am 31. Dezember desselben Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

8.6 Deutsches Recht

Es gilt deutsches Recht.

8.7 Beschwerdemöglichkeiten

8.7.1 Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler
Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.allianz.de/service/beschwerde/. Sie können Ihre Beschwerde auch an den Versicherungsvermittler richten.

8.7.2 Beschwerde beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Website: www.pkv-ombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. An den Ombudsmann können sich Versicherungsnehmer und Versicherte mit Beschwerden über

ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag.

8.7.3 Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht
Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie oder der Versicherungsnehmer sich auch an diese wenden.

8.7.4 Rechtsweg
Unabhängig von der Beschwerde haben Sie oder der Versicherungsnehmer immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Versicherungsbedingungen für Tarif betriebliche KV Vorsorge (kurz: FAV01) - Gruppenversicherung

Inhalt:

1	Versicherte Leistungen	2
1.1	Leistungserbringer und Honorargrenzen ..	2
1.2	Vorsorge-Untersuchungen	2
1.3	Leistungen im Ausland	2
1.4	Der Versicherungsfall – Grundlage unserer Leistung	2
1.5	Umfang des Versicherungsschutzes	2
2	Allgemeines zu unseren Zahlungen	3
2.1	Kostenbegriff	3
2.2	Zeitpunkt der Kosten	3
2.3	Recht auf die Leistungen	3
2.4	Nachweise, damit wir zahlen können	3
3	Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können	3
3.1	Versicherungsfähigkeit	3
3.2	Versicherbarer Personenkreis	3
4	Beitrag und Beitragsänderungen	3
4.1	Beitragszahlung	3
4.2	Beitragsänderungen	3
5	Weitere Vertragsänderungen	3
5.1	Ruhen der Versicherung	3
5.2	Versicherung von Kindern	4
5.3	Änderung der Vertragsbedingungen	4
6	Vertragsende und Fortsetzung	4
6.1	Kündigung	4
6.2	Sonstiges Vertragsende	5
6.3	Fortsetzung	5
7	Sonstige Regelungen	5
7.1	Ausländisches Geld	5
7.2	Kosten, die wir abziehen können	5
7.3	Verrechnung von Zahlungen	5
7.4	Erklärung „Versicherungsjahr“	5
7.5	Deutsches Recht	5
7.6	Beschwerdemöglichkeiten	5
8	Leistungsverzeichnis	6

1 Versicherte Leistungen

1.1 Leistungserbringer und Honorargrenzen

Versicherte Leistungserbringer und Honorargrenzen	Umfang	Ausnahmen
Leistungserbringer	Sie haben die freie Wahl unter allen Ärzten, die zur Ausübung der Heilkunde berechtigt sind. Diese müssen niedergelassen oder in einer Krankenhaus-Ambulanz oder einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sein.	Wir zahlen keine Untersuchungen durch Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Wir übernehmen in diesem Fall die Auslagen des Leistungserbringers.
Honorargrenzen	Die Vergütung für ärztliche Leistungen muss nach der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden. Wir erstatten diese Kosten bis zum Höchstsatz dieser Gebührenordnung.	

1.2 Vorsorge-Untersuchungen

Für Versicherte mit einem Wahltarif nach § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch gilt: Haben Sie im Wahltarif einen Selbstbehalt vereinbart, gehört Ihr Eigenanteil aus dem Wahltarif zur Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Ärztliche Leistungen - 100 Prozent der Kosten, die nach der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben.	Wir erstatten die Kosten für ärztliche Vorsorge-Untersuchungen nach unserem Verzeichnis in Ziffer 8. Dazu gehören insbesondere: <ul style="list-style-type: none"> • erweiterte Krebsvorsorge. • Herz- und Gefäßvorsorge. • Schwangeren-Vorsorge. • Sportler-Vorsorge. • ergänzende Gesundheitsuntersuchungen. 	

1.3 Leistungen im Ausland

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Vorsorge im Ausland	Wir erstatten die ortsüblichen Kosten für Vorsorge-Untersuchungen im Ausland, die im Verzeichnis in Ziffer 8 enthalten sind. Es gelten auch dann die Zeitgrenzen, die wir in diesem Verzeichnis festgelegt haben.	
Versicherte Länder		
Europa	Wir zahlen für Untersuchungen in ganz Europa.	
Nichteuropäische Länder	Wir zahlen bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu 6 Monaten in außereuropäischen Staaten.	

1.4 Der Versicherungsfall – Grundlage unserer Leistung

Versicherungsfall	Beschreibung	Erläuterungen
Vorsorge-Untersuchung	Damit wir leisten, muss Sie ein Arzt vorsorglich untersuchen (Vorsorge-Untersuchung).	

1.5 Umfang des Versicherungsschutzes

1.5.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag pünktlich zahlt. Zahlt er diesen erst später, startet der Versicherungsschutz erst, wenn wir den Beitrag erhalten haben.

Wir leisten auch für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Das gilt aber nur für den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

1.5.2 Bestandteile des Vertrags

Der Vertrag setzt sich zusammen aus:

- dem Versicherungsschein.
- den schriftlichen Vereinbarungen.
- diesen Versicherungsbedingungen.

- den gesetzlichen Vorschriften.

1.5.3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit Vertragsende. Das gilt auch für laufende Untersuchungen.

Wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wird und Sie den Vertrag nicht als Einzelversicherung fortsetzen, leisten wir noch für weitere 4 Wochen. Das gilt nur für Untersuchungen, die bei der Beendigung noch nicht abgeschlossen sind.

2 Allgemeines zu unseren Zahlungen

2.1 Kostenbegriff

Wir erstatten nur die Kosten, zu deren Zahlung Sie aus dem Vertrag mit dem Leistungserbringer verpflichtet sind (Aufwendungen). Das heißt: Wir erstatten keine Kosten, die Ihnen aus nicht berechtigten Ansprüchen Dritter entstehen.

2.2 Zeitpunkt der Kosten

Wenn es darauf ankommt, wann Ihnen Kosten entstanden sind, ist das Datum entscheidend, an dem Sie untersucht worden sind. Das ist wichtig etwa beim Vertragsende.

2.3 Recht auf die Leistungen

Sie als Hauptversicherter haben Anspruch auf die Leistungen. Deshalb wenden sich die Vertragsbedingungen an Sie.

Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.

Sofern Sie Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte abtreten, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

Es ist auch ausreichend, wenn der Abtretungsgläubiger uns die Abtretungsurkunde vorlegt. Abtretungsgläubiger ist die Person, die durch die Abtretung die Forderung auf Versicherungsleistungen erhalten hat. Wir benötigen regelmäßig nicht das Original der Abtretungsurkunde. Vielmehr reicht grundsätzlich etwa eine Kopie, Zweitschrift, ein Scan oder ein Foto von der Urkunde aus.

Solange uns die Abtretung nicht in einer dieser beiden Alternativen angezeigt worden ist, müssen wir nicht an den Abtretungsgläubiger leisten. In diesem Fall können wir die Forderung weiterhin erfüllen, indem wir an Sie leisten.

Diese Vorgaben und Rechtsfolgen ergeben sich aus dem Gesetz. Sie haben keinen Einfluss auf die rechtliche Zulässigkeit oder Wirksamkeit der Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte.

2.4 Nachweise, damit wir zahlen können

Unsere Zahlungen werden nach § 14 Versicherungsvertragsgesetz fällig. Dort ist auch geregelt, wann Sie Abschlagszahlungen von uns verlangen können.

Damit wir zahlen, benötigen wir alle erforderlichen Informationen und Nachweise. Nachweise werden unser Eigentum, wenn wir sie erhalten.

Solche Nachweise sind vor allem Rechnungen (auch unbezahlte). Sie erfordern mindestens diesen Inhalt:

- Name der behandelten Person.
- die durchgeführte Untersuchungsmethode.
- Art der Leistungen.
- Behandlungsdaten.

Wenn Sie die Rechnung schon woanders eingereicht haben, benötigen wir die Angaben über die Zahlung des anderen Kostenträgers.

3 Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können

3.1 Versicherungsfähigkeit

Sie sind nach diesem Tarif versicherbar, solange Sie Anspruch aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung haben. Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie diese Voraussetzung nicht mehr erfüllen.

3.2 Versicherbarer Personenkreis

Sie müssen außerdem zum versicherbaren Personenkreis gehören. Dieser ist im Gruppenversicherungsvertrag festgelegt. Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden.

4 Beitrag und Beitragsänderungen

4.1 Beitragszahlung

4.1.1 Beitrag

Der Versicherungsnehmer muss einen Monatsbeitrag zahlen. Dieser steht im aktuellen Versicherungsschein. Wir berechnen ihn geschlechtsunabhängig nach den Grundsätzen, die in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt sind.

4.1.2 Zahlungstermine

Der Versicherungsnehmer muss den ersten Beitrag zum Versicherungsbeginn zahlen. Das Datum steht im Versicherungsschein.

Die folgenden Beiträge muss der Versicherungsnehmer immer zum Monatsersten zahlen.

4.1.3 Zahlung per Lastschrift

Ist mit dem Versicherungsnehmer vereinbart, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss er uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen. Wir können verlangen, dass er es in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) erteilt.

4.1.4 Tagesbeitrag

Wir verlangen den Beitrag nur für die Zeit, in der Sie bei uns versichert sind. Wenn Ihre Versicherung nicht am Monatsanfang beginnt oder vor dem Monatsende ausläuft, verlangen wir den Beitrag nur für die Tage dieses Monats, an denen Sie bei uns versichert sind. Als Tagesbeitrag gilt 1/30 des Monatsbeitrags. Wir runden auf volle Cent auf.

4.2 Beitragsänderungen

Wir haben das Recht, den Beitrag während der Vertragslaufzeit anzupassen. Dafür müssen die Voraussetzungen nach § 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz erfüllt sein. Die dafür nötige Gegenüberstellung muss eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergeben.

Wir informieren den Versicherungsnehmer über die Anpassung in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe. Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

5 Weitere Vertragsänderungen

5.1 Ruhen der Versicherung

5.1.1 Ruhen in Zeiten ohne Gehalt

Der Versicherungsnehmer kann Ihre Versicherung ruhend stellen. Das bedeutet:

- Für die Zeit des Ruhens haben Sie keinen Anspruch auf die Leistungen.
- Der Versicherungsnehmer muss für Sie in dieser Zeit keine Beiträge zahlen.

In diesen Fällen, in denen Sie kein Gehalt bekommen, kann Ihre Versicherung ruhen:

- Sie sind durch Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig.
- Sie nehmen Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz.

- Sie pflegen einen nahen Angehörigen nach dem Pflegezeitgesetz.
- Sie sind aus einem anderen Grund von Ihrer Pflicht zur Arbeitsleistung vorübergehend freigestellt („Sabbatical“).

Beginnt die Zeit ohne Gehalt an einem Monatsersten, fängt das Ruhen an diesem Tag an. Entfällt Ihr Gehalt jedoch später, fängt das Ruhen erst mit dem nächsten Monat an.

Ihre Versicherung ruht jeweils für höchstens 36 Monate. Vor Ablauf dieser Frist endet das Ruhen mit dem Monat, in dem die Zeit ohne Gehalt ausläuft.

5.1.2 Fortsetzung nach dem Ruhen

Wenn das Ruhen endet, setzen wir Ihre Versicherung fort. Das bedeutet ab der Fortsetzung:

- Der Versicherungsnehmer muss den dann gültigen Beitrag zahlen.
- Sie erhalten die vereinbarten Leistungen. Tritt der Versicherungsfall während der Ruhenszeit ein, leisten wir dafür ab der Fortsetzung.
- Es gelten die dann gültigen Versicherungsbedingungen.

5.2 Versicherung von Kindern

5.2.1 Neugeborene

Wir versichern Neugeborene ohne Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz. Geburtsschäden und angeborene Krankheiten sind dann auch abgesichert.

Dafür müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ein Elternteil ist am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach seiner Geburt bei uns an.

5.2.2 Adoptivkinder

Wir versichern Adoptivkinder, die bei der Adoption noch keine 18 Jahre alt sind, ohne Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz.

Für ein erhöhtes Risiko können wir einen Risikozuschlag von bis zu 100 Prozent des Monatsbeitrags verlangen. Hierfür gelten unsere Grundsätze für die Risikobewertung.

Für die Nachversicherung müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ein Elternteil ist am Tag der Adoption mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach der Adoption bei uns an.

5.2.3 Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz des Kindes darf nicht höher oder umfassender sein als für den Elternteil, der bei uns versichert ist.

Wenn beide Eltern bei uns versichert sind, ist der insgesamt leistungstärkere Versicherungsschutz die Grenze.

5.3 Änderung der Vertragsbedingungen

Ändern wir die Vertragsbedingungen in den folgenden Fällen, informieren wir den Versicherungsnehmer in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe.

5.3.1 Anpassung

Wir können Vertragsbedingungen anpassen, wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen nicht nur vorübergehend ändern. Das gilt etwa bei der Änderung von Gesetzen, die sich auf unsere Leistungszusage auswirken.

Dazu müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein:

- Die Anpassung ist notwendig, um den Vertrag weiterzuführen.
- Ohne Anpassung wäre es für einen Vertragspartner unzumutbar, an dem Vertrag festzuhalten. Dabei müssen

auch die Interessen des anderen Vertragspartners berücksichtigt werden.

- Die neue Regelung berücksichtigt die Belange des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen angemessen. Dabei wird das Vertragsziel gewahrt.

Außerdem muss ein unabhängiger Treuhänder diese Voraussetzungen überprüft haben. Er muss bestätigen, dass die Anpassung angemessen ist.

Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

5.3.2 Ersetzung

Wir können Vertragsbedingungen nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz durch neue Regelungen ersetzen. Das gilt etwa, wenn eine Bestimmung höchststrichlerlich für unwirksam erklärt wurde.

Die neue Regelung wird 2 Wochen nach unserer Information wirksam.

6 Vertragsende und Fortsetzung

6.1 Kündigung

Wir haben kein ordentliches Kündigungsrecht.

Der Versicherungsnehmer kann folgendermaßen kündigen:

6.1.1 Form und Rechtzeitigkeit sowie Information des Versicherten

Der Versicherungsnehmer muss in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) kündigen. Mündlich oder telefonisch reicht nicht aus.

Wenn der Versicherungsnehmer eine Kündigungsfrist oder Frist für einen Nachweis verpasst, ist die Kündigung unwirksam.

Kündigt der Versicherungsnehmer den Vertrag für einen Versicherten, ist dies nur wirksam, wenn er nachweist, dass der Versicherte davon weiß.

6.1.2 Ordentliche Kündigung

Der Versicherungsnehmer kann die Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken. Wir müssen die Kündigung spätestens am 30. September des Jahres erhalten, zu dessen Ende er kündigen will.

Der Versicherungsnehmer kann frühestens zum Ende des zweiten Versicherungsjahrs kündigen (2-jährige Mindestlaufzeit). Danach kann er zu jedem Jahresende kündigen. Das Versicherungsjahr haben wir in Ziffer 7.4 geregelt.

6.1.3 Erhöhung von Beitrag sowie Minderung unserer Leistungen

Erhöhen wir den Beitrag, kann der Versicherungsnehmer für die Person kündigen, für die er mehr zahlen muss. Er kann auch für sie kündigen, wenn wir den Umfang des Versicherungsschutzes verringern.

In beiden Fällen gilt:

- Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Monaten erhalten, nachdem wir dem Versicherungsnehmer die Vertragsänderung mitgeteilt haben.
- Die Versicherung endet zu dem Tag, an dem die Vertragsänderung (Beitragserhöhung oder Leistungsminde- rung) wirksam wird.

6.1.4 Recht auf Gegenkündigung

Wenn wir nur für einzelne Versicherte anfechten, zurücktreten oder außerordentlich kündigen, hat der Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht. Er kann damit die Aufhebung aller Verträge bei uns verlangen. Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Wochen nach unserer Vertragserklärung erhalten.

Wenn wir angefochten haben oder zurückgetreten sind, heben wir die Verträge zum Ende des Monats auf, in dem der Versicherungsnehmer unsere Erklärung erhalten hat. Bei außerordentlicher Kündigung enden die Verträge zu dem Zeitpunkt, zu dem unsere Kündigung wirksam wird.

6.2 Sonstiges Vertragsende

6.2.1 70. Geburtstag

Ihre Versicherung endet mit dem Monat, in dem Sie Ihren 70. Geburtstag haben.

6.2.2 Rentenbeginn

Ihre Versicherung endet zu dem Zeitpunkt, ab dem Sie eine Altersrente beziehen.

6.2.3 Ende des Gruppenversicherungsvertrags

Ihre Versicherung endet mit dem Ende des Gruppenversicherungsvertrags.

6.2.4 Tod

Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie sterben.

6.3 Fortsetzung

6.3.1 Kündigung des Gruppenversicherungsvertrags

Wenn Ihre Versicherung endet, weil die Gruppenversicherung gekündigt wird, können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach § 206 Absatz 4 und § 207 Absatz 2 Satz 3 Versicherungsvertragsgesetz fortsetzen.

6.3.2 Sonstiges Fortsetzungsrecht

Wenn Ihre Versicherung endet, weil Sie

- aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden,
- 70 Jahre geworden sind oder
- eine Altersrente beziehen,

können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Dies müssen Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach dem Ende der Versicherung mitteilen.

Wenn die Einzelversicherung einen höheren oder umfassenden Versicherungsschutz enthält, können wir für diese Mehrleistung besondere Vereinbarungen treffen.

Die bisherige ununterbrochene Versicherungszeit rechnen wir auf die Wartezeiten in der Einzelversicherung an.

7 Sonstige Regelungen

7.1 Ausländisches Geld

Wir rechnen ausländische Währungen in Euro um. Dafür gilt der Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Gibt es keinen Wechselkurs für Ihre Währung, rechnen wir zum aktuellen Kurs nach der "Devisenkurs-Statistik" um (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank).

Wir rechnen zu dem Tageskurs um, an dem wir Ihre Belege erhalten. Wenn Sie das Geld zu einem schlechteren Kurs erworben haben, nehmen wir diesen. Bitte legen Sie uns dazu Ihren Bankbeleg vor.

7.2 Kosten, die wir abziehen können

Unsere Zahlung auf ein deutsches Konto ist für Sie kostenlos. Unsere Kosten für Auslandszahlungen und für Übersetzungen können wir von unserer Zahlung abziehen.

7.3 Verrechnung von Zahlungen

Sie können gegen unsere Forderungen aufrechnen. Das gilt, soweit Ihr Anspruch unbestritten oder abschließend gerichtlich festgestellt ist.

7.4 Erklärung „Versicherungsjahr“

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Es endet am 31. Dezember desselben Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

7.5 Deutsches Recht

Es gilt deutsches Recht.

7.6 Beschwerdemöglichkeiten

7.6.1 Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler

Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.allianz.de/service/beschwerde/. Sie können Ihre Beschwerde auch an den Versicherungsvermittler richten.

7.6.2 Beschwerde beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Website: www.pkv-ombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. An den Ombudsmann können sich Versicherungsnehmer und Versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag.

7.6.3 Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie oder der Versicherungsnehmer sich auch an diese wenden.

7.6.4 Rechtsweg

Unabhängig von der Beschwerde haben Sie oder der Versicherungsnehmer immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

8 Leistungsverzeichnis

Erweiterte Krebsvorsorge.		
Ärztliche Leistung.	Nummer der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).	Erstattungsfähige Anzahl innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren.
Krebsvorsorge für die Frau oder den Mann.		
Beratung – auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt – auch am Telefon	3	1
Blutentnahme aus der Vene mit Spritze, Kanüle oder Katheter	250	1
Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur zytologischen Untersuchung – gegebenenfalls einschließlich Fixierung	297	1
Zuschlag zu den sonographischen Leistungen bei transkavitärer Untersuchung	403	1
Ultraschall-Untersuchung eines Organs	410	1
Ultraschall-Untersuchung einer Brustdrüse - gegebenenfalls einschließlich der regionalen Lymphknoten	418	2
Ultraschall-Untersuchung von bis zu 3 weiteren Organen im Anschluss an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418	420	3
Prostata-spezifisches Antigen (PSA), Ligandenassay - gegebenenfalls einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	3908.H3	1
Dünnschicht-Zytologie zur Gebärmutterhals-Krebsvorsorge ("Thin Prep")	A4851	1
Mammographie einer Seite, in 2 Ebenen	5266	2
Digital-Zuschlag	5298	1
Darmkrebs-Screening.		
Beratung – auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt – auch am Telefon	3	1
Digitaluntersuchung des Mastdarms	11	1
Blutentnahme aus der Vene mit Spritze, Kanüle oder Katheter	250	1
Intravenöse Injektion	253	1
Oxymetrische Untersuchung	602	1
Hohe Koloskopie bis zum Coecum - gegebenenfalls einschließlich Probeexzision und/oder Probepunktion	687	1
Entfernung von Polypen, Zuschlag für ambulante Operation	695 442	1 1

Digital-Zuschlag	5298	1
Blut im Stuhl, 3malige Untersuchung	3500	1
Blutbild und Blutbildbestandteile	3550	1
Thromboplastinzeit (Prothrombinzeit, TPZ, Quickwert), Einfachbestimmung	3607	1
Untersuchungen mit ähnlichem methodischem Aufwand für M2-PK Stuhltest	4062	1
Histologische Untersuchung nach Polypen-Entfernung	4800 oder 4801 oder 4802 oder 4810 oder 4811	6 1 6 6 6
Histologische Untersuchung mittels Sonderverfahren	4815	6
Arzneimittel zur Darmreinigung vor einer Koloskopie, wenn ärztlich verordnet und in der Apotheke gekauft		
Auslagen des Arztes bei Koloskopie und bei Polypen-Entfernung		
Harnblasenkrebs-Screening.		
Beratung – auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt – auch am Telefon	3	1
Geeignete Testverfahren zur Früherkennung von Harnblasenkrebs, etwa NMP22-Test oder UBC Rapid Test	A3908	1
Hautkrebs-Screening.		
Beratung – auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt – auch am Telefon	3	1
Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme (gegebenenfalls einschließlich Dokumentation): • das gesamte Hautorgan • die Stütz- und Bewegungsorgane • alle Brustorgane • der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege)	7	1
• Dermatoskopie oder Videosystem-gestützte Untersuchung und Bild-Dokumentation von Muttermalen oder • Auflichtmikroskopie der Haut (Dermatoskopie)	A612 oder 750	1

Herz- und Gefäßvorsorge.		
Ärztliche Leistung.	Nummer der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).	Erstattungsfähige Anzahl innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren.
Internistischer Check-Up.		
Beratung – auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt – auch am Telefon	3	1
Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten bei einem Erwachsenen einschließlich der Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus), Erörterung des individuellen Risikoprofils und verhaltensmedizinischer orientierter Beratung	29	1
Blutentnahme aus der Vene mit Spritze, Kanüle oder Katheter	250	1
Ultraschall-Untersuchung eines Organs	410	1
Ultraschall-Untersuchung von bis zu 3 weiteren Organen im Anschluss an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418	420	3
Blutbild und Blutbildbestandteile	3550	1
Calcium	3555	1
Kalium	3557	1
Natrium	3558	1
Glykierte Hämoglobine (HbA 1, HbA 1c)	3561	1
Cholesterin	3562.H1	1
HDL-Cholesterin	3563.H1	1
LDL-Cholesterin	3564.H1	1
Triglyzeride	3565.H1	1
Harnsäure	3583.H1	1
Kreatinin	3585.H1	1
Gamma-Glutamyltranspeptidase (Gamma-Glutamyl-transferase, Gamma-GT)	3592.H1	1
Glutaminoxalazetat-transaminase (GOT, Aspartataminotransferase, ASAT, AST)	3594.H1	1
Glutamatpyruvat-transaminase (GPT, Alaninaminotransferase, ALAT, ALT)	3595.H1	1
Thyreoida stimulierendes Hormon (TSH)	4030	1
• 25-Hydroxy-Vitamin D (25-OH-D, D2), Ligandenassay - einschließlich Dop-	4138 oder 4139	1

pelbestimmung und aktueller Bezugskurve oder • 1,25-Dihydroxy-Vitamin D (1,25-(OH)2D3, Calcitriol), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve		
Herz-Check.		
Beratung – auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt – auch am Telefon	3	1
Zweidimensionale Dopplerechokardiographische Untersuchung mit Bilddokumentation - einschließlich der Leistung nach Nummer 423 (Duplex-Verfahren)	424	1
Herzfrequenz-Variabilitätsmessung	A636	1
Untersuchung (EKG) in Ruhe - auch gegebenenfalls nach Belastung - mit mindestens 9 Extremitäten- und Brustwandableitungen	651	1
Elektrokardiographische Untersuchung (EKG) unter fortschreibender Registrierung (mindestens 9 Ableitungen) in Ruhe und bei physikalisch definierter und reproduzierbarer Belastung (Ergometrie) – gegebenenfalls auch Belastungsänderung	652	1
Langzeit-Blutdruckmessung von mindestens 18 Stunden Dauer – einschließlich Aufzeichnung und Auswertung	654	1
Elektrokardiographische Untersuchung über mindestens 18 Stunden (Langzeit-EKG) - gegebenenfalls einschließlich gleichzeitiger Registrierung von Puls und Atmung -, mit Auswertung	659	1
Gefäß-Check.		
Beratung – auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt – auch am Telefon	3	1
Zuschlag zu den sonographischen Leistungen nach den Nummern 410 bis 418 bei zusätzlicher Anwendung des Duplex-Verfahrens - gegebenenfalls einschließlich Farbkodierung	401	1
Ultraschall-Untersuchung eines Organs	410	1
Ultraschall-Untersuchung von bis zu 3 weiteren Organen im Anschluss an eine der Leistungen nach den Nummern 410 bis 418	420	3
Pulswellenlaufzeitbestim-	637	1

mung - gegebenenfalls einschließlich einer elektrokardiographischen Kontrollableitung		
Untersuchung der Strömungsverhältnisse in den hirnversorgenden Arterien und den Periorbitalarterien mit direktonaler Ultraschall-Doppler-Technik - einschließlich graphischer Registrierung	645	1

Schwangeren-Vorsorge.		
Ärztliche Leistung.	Nummer der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).	Erstattungsfähige Anzahl innerhalb eines Versicherungsjahrs.
Beratung – auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt – auch am Telefon	3	1
Blutentnahme aus der Vene mit Spritze, Kanüle oder Katheter	250	2
Entnahme und Aufbereitung von Abstrichmaterial zur mikrobiologischen Untersuchung	298	1
Weiterführende sonographische Fetaldagnostik	A1006	1
Alpha-Fetoprotein (AFP), Ligandenassay – einschließlich Doppelbestimmung und aktueller Bezugskurve	3743	1
Humanes Choriongonadotropin (HCG)	4024	1
Östriol	4027	1
PAPP-A	4044 statt 3743,4027	1
Cytomegalie-Virus (IgG und IgM)	4378	1
Toxoplasma gondii	4453	1
Betahämolisierende Streptokokken Typ B	4500	1

Sportler-Vorsorge.		
Ärztliche Leistung.	Nummer der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).	Erstattungsfähige Anzahl innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren.
Beratung – auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt – auch am Telefon	3	1
Vollständige körperliche	7	1

Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme (gegebenenfalls einschließlich Dokumentation):		
<ul style="list-style-type: none"> • das gesamte Hautorgan • die Stütz- und Bewegungsorgane • alle Bauchorgane • der gesamte weibliche Genitaltrakt (gegebenenfalls einschließlich Nieren und ableitende Harnwege) 		
Blutentnahme aus der Vene mit Spritze, Kanüle oder Katheter	250	1
Laufband-Analyse	A838	1
Laktat-Bestimmung	4107	1

Ergänzende Gesundheitsuntersuchungen.		
Ärztliche Leistung.	Nummer der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).	Erstattungsfähige Anzahl innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren.
Osteoporose-Check.		
Beratung – auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt – auch am Telefon	3	1
<ul style="list-style-type: none"> • Bestimmung des Mineralgehalts (Osteodensitometrie) von repräsentativen (auch mehreren) Skeletteilen mit quantitativer Computertomographie oder quantitativer digitaler Röntgentechnik oder • Quantitative Bestimmung des Mineralgehalts im Skelett (Osteodensitometrie) in einzelnen oder mehreren repräsentativen Extremitäten- oder Stammskelettabschnitten mittels Dual-Photonen-Absorptionstechnik 	5380 oder 5475	1
Glaukom-Screening.		
Beratung – auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt – auch am Telefon	3	1
Vollständige körperliche Untersuchung mindestens eines der folgenden Organsysteme (-gegebenenfalls einschließlich Dokumentation):		
<ul style="list-style-type: none"> • alle Augenabschnitte • der gesamte HNO-Bereich • das stomatognathe System • die Nieren und ableitenden Harnwege (bei Männern auch gegebenenfalls 	6	1

einschließlich der männlichen Geschlechtsorgane) oder • Untersuchung zur Erhebung eines vollständigen Gefäßstatus		
• Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte - gegebenenfalls einschließlich der binokularen Untersuchung des hinteren Poles (z. B. Hruby-Linse) oder • Binokulare Untersuchung des Augenhintergrunds einschließlich der äußeren Peripherie (z. B. Dreispiegelkontaktglas, Schaepens) – gegebenenfalls einschließlich der Spaltlampenmikroskopie der vorderen und mittleren Augenabschnitte und/oder diasklerale Durchleuchtung	1240 oder 1242	1
Tonometrische Untersuchung mit Anwendung des Applanationstonometers	1256	1
Lungenfunktionsuntersuchung.		
Beratung – auch am Telefon	1	1
Eingehende Beratung, die das gewöhnliche Maß übersteigt – auch am Telefon	3	1
Ruhe-spirographische Untersuchung (im geschlossenen oder offenen System) mit fortlaufend registrierenden Methoden	605	1
Darstellung der Flussvolumenkurve bei spirographischen Untersuchungen - einschließlich graphischer Registrierung und Dokumentation	A605	1

Versicherungsbedingungen für Tarif betriebliche KV VorsorgeExtra
(kurz: FAVE01) - Gruppenversicherung

Inhalt:

1	Versicherte Leistungen	2
1.1	Leistungserbringer und Honorargrenzen ..	2
1.2	Gesundheitskurse, Impfungen und Malaria- Prophylaxe	2
1.3	Telefon-Coaching.....	3
1.4	Leistungen im Ausland	3
1.5	Leistungsausschlüsse und -reduzierung...	3
1.6	Der Versicherungsfall – Grundlage unserer Leistung	3
1.7	Umfang des Versicherungsschutzes	3
2	Allgemeines zu unseren Zahlungen	4
2.1	Kostenbegriff.....	4
2.2	Zeitpunkt der Kosten	4
2.3	Recht auf die Leistungen.....	4
2.4	Nachweise, damit wir zahlen können	4
3	Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können	4
3.1	Versicherungsfähigkeit	4
3.2	Versicherbarer Personenkreis	4
4	Beitrag und Beitragsänderungen	4
4.1	Beitragszahlung	4
4.2	Beitragsänderungen	4
5	Weitere Vertragsänderungen.....	4
5.1	Ruhen der Versicherung	4
5.2	Versicherung von Kindern	5
5.3	Änderung der Vertragsbedingungen.....	5
6	Vertragsende und Fortsetzung.....	5
6.1	Kündigung.....	5
6.2	Sonstiges Vertragsende	5
6.3	Fortsetzung	6
7	Sonstige Regelungen	6
7.1	Ausländisches Geld	6
7.2	Kosten, die wir abziehen können.....	6
7.3	Verrechnung von Zahlungen	6
7.4	Erklärung „Versicherungsjahr“	6
7.5	Deutsches Recht.....	6
7.6	Beschwerdemöglichkeiten.....	6

1 Versicherte Leistungen

1.1 Leistungserbringer und Honorargrenzen

Versicherte Leistungserbringer und Honorargrenzen	Umfang	Ausnahmen
Leistungserbringer	Sie haben die freie Wahl unter allen Ärzten, die zur Ausübung der Heilkunde berechtigt sind. Diese müssen niedergelassen, in einer Krankenhaus-Ambulanz oder einem medizinischen Versorgungszentrum oder einer zugelassenen Impfstelle (etwa beim Gesundheitsamt) tätig sein.	Wir zahlen keine Behandlungen durch Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Wir übernehmen in diesem Fall die Auslagen des Leistungserbringers.
Honorargrenzen	Die Vergütung für ärztliche Leistungen muss nach der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden. Wir erstatten diese Kosten bis zum Höchstsatz dieser Gebührenordnung.	

1.2 Gesundheitskurse, Impfungen und Malaria-Prophylaxe

Für Versicherte mit einem Wahltarif nach § 53 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch gilt: Haben Sie im Wahltarif einen Selbstbehalt vereinbart, gehört Ihr Eigenanteil aus dem Wahltarif zur Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Höchstbetrag	Alle Kosten für Gesundheitskurse, Malaria-Prophylaxe und Impfungen erstatten wir bis zu 250 Euro im Versicherungsjahr (siehe Ziffer 7.4).	
Gesundheitskurse - 100 Prozent der Kosten, die nach der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben. - bis zu 2 Kurse im Versicherungsjahr (siehe Ziffer 7.4).	Wir erstatten die Kosten für Gesundheitskurse, die nach § 20 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch zertifiziert sind. Das sind etwa Kurse zur Sucht-Prävention, Stress-Bewältigung und Bewegungs-Programme.	Wir zahlen nur, wenn die gesetzliche Krankenversicherung vorgeleistet hat.
Impfstoffe und sonstige Arzneimittel	Bei einer Malaria-Prophylaxe, Reise- und Schutz-Impfungen erstatten wir die Kosten für den Impfstoff und sonstige Arzneimittel, die nach dem Arzneimittel-Gesetz zugelassen sind. Wir erstatten diese Kosten wie die Behandlung, für die die Mittel verwendet oder verordnet werden.	Verordnete Arzneimittel müssen in der Apotheke gekauft werden.
Malaria-Prophylaxe - 100 Prozent der Kosten, die nach der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben.	Wir erstatten die Kosten für ärztliche Leistungen zur Malaria-Prophylaxe.	
Reise-Impfungen - 100 Prozent der Kosten, die nach der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben.	Wir erstatten die Kosten für ärztliche Reise-Impfungen gegen diese Erkrankungen: • Cholera. • Gelbfieber. • Japanische Enzephalitis. • Meningokokken. • Tollwut. • Typhus.	
Schutz-Impfungen - 100 Prozent der Kosten, die nach der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben.	Wir erstatten die Kosten für ärztliche Schutz-Impfungen gegen diese Erkrankungen: • Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME). • Grippe. • Hepatitis A. • Hepatitis B.	

1.3 Telefon-Coaching

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Telefon-Coaching - 100 Prozent. - ein Coaching im Versicherungsjahr (siehe Ziffer 7.4).	Wir erstatten die Kosten für Teilnahme an einem telefonischen Coaching zur Stress-Bewältigung oder bei sonstiger psychischer Belastung. Bei diesem Coaching werden Strategien und Instrumente vermittelt, um besser mit Stress und psychischer Belastung umzugehen.	Das Coaching muss bei einem von uns vorgegebenen Gesundheits-Dienstleister durchgeführt werden.

1.4 Leistungen im Ausland

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Präventions-Maßnahmen im Ausland	Wir erstatten die ortsüblichen Kosten.	
Versicherte Länder		
Europa	Wir zahlen für Leistungen in ganz Europa.	
Nichteuropäische Länder	Wir zahlen bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu 6 Monaten in außereuropäischen Staaten.	

1.5 Leistungsausschlüsse und -reduzierung

Grund	Ausschluss	Erläuterungen
Zuzahlungen	Wir zahlen keine Zuzahlungen, die Sie nach § 61 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch leisten müssen.	
Übermaßbehandlung und zu hohe Rechnungen	Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Dafür muss eine Übermaß-Behandlung vorliegen oder eine unangemessen hohe Vergütung verlangt werden.	Eine Übermaß-Behandlung ist es, wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme das medizinisch notwendige Maß übersteigt.
Impfungen als arbeitsmedizinische Vorsorge	Wir zahlen nicht für Impfungen, die der Versicherungsnehmer als arbeitsmedizinische Vorsorge veranlassen oder anbieten muss.	

1.6 Der Versicherungsfall – Grundlage unserer Leistung

Versicherungsfall	Beschreibung	Erläuterungen
Präventions-Maßnahme	Damit wir leisten, muss mit der Maßnahme eines dieser Ziele verfolgt werden (Präventions-Maßnahme): <ul style="list-style-type: none"> • Sie soll Krankheitsrisiken verhindern oder verringern. • Sie soll ein gesundheitsorientiertes Handeln fördern. 	

1.7 Umfang des Versicherungsschutzes

1.7.1 Beginn des Versicherungsschutzes
 Der Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag pünktlich zahlt. Zahlt er diesen erst später, startet der Versicherungsschutz erst, wenn wir den Beitrag erhalten haben.

Wir leisten auch für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Das gilt aber nur für den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

1.7.2 Bestandteile des Vertrags

Der Vertrag setzt sich zusammen aus:

- dem Versicherungsschein.
- den schriftlichen Vereinbarungen.
- diesen Versicherungsbedingungen.
- den gesetzlichen Vorschriften.

1.7.3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit Vertragsende. Das gilt auch für laufende Behandlungen.

Wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wird und Sie den Vertrag nicht als Einzelversicherung fortsetzen, leisten wir noch für weitere 4 Wochen. Das gilt nur für

Behandlungen, die bei der Beendigung noch nicht abgeschlossen sind.

2 Allgemeines zu unseren Zahlungen

2.1 Kostenbegriff

Wir erstatten nur die Kosten, zu deren Zahlung Sie aus dem Vertrag mit dem Leistungserbringer verpflichtet sind (Aufwendungen). Das heißt: Wir erstatten keine Kosten, die Ihnen aus nicht berechtigten Ansprüchen Dritter entstehen.

2.2 Zeitpunkt der Kosten

Wenn es darauf ankommt, wann Ihnen Kosten entstanden sind, ist das Datum entscheidend, an dem Sie behandelt worden sind oder eine Leistung bezogen haben. Das ist wichtig etwa beim Vertragsende.

2.3 Recht auf die Leistungen

Sie als Hauptversicherter haben Anspruch auf die Leistungen. Deshalb wenden sich die Vertragsbedingungen an Sie.

Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.

Sofern Sie Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte abtreten, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

Es ist auch ausreichend, wenn der Abtretungsgläubiger uns die Abtretungsurkunde vorlegt. Abtretungsgläubiger ist die Person, die durch die Abtretung die Forderung auf Versicherungsleistungen erhalten hat. Wir benötigen regelmäßig nicht das Original der Abtretungsurkunde. Vielmehr reicht grundsätzlich etwa eine Kopie, Zweitschrift, ein Scan oder ein Foto von der Urkunde aus.

Solange uns die Abtretung nicht in einer dieser beiden Alternativen angezeigt worden ist, müssen wir nicht an den Abtretungsgläubiger leisten. In diesem Fall können wir die Forderung weiterhin erfüllen, indem wir an Sie leisten.

Diese Vorgaben und Rechtsfolgen ergeben sich aus dem Gesetz. Sie haben keinen Einfluss auf die rechtliche Zulässigkeit oder Wirksamkeit der Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte.

2.4 Nachweise, damit wir zahlen können

Unsere Zahlungen werden nach § 14 Versicherungsvertragsgesetz fällig. Dort ist auch geregelt, wann Sie Abschlagszahlungen von uns verlangen können.

Damit wir zahlen, benötigen wir alle erforderlichen Informationen und Nachweise. Nachweise werden unser Eigentum, wenn wir sie erhalten.

Solche Nachweise sind vor allem Rechnungen (auch unbezahlte). Sie erfordern mindestens diesen Inhalt:

- Name der behandelten Person.
- die durchgeführte Behandlung.
- Art der Leistungen.
- Behandlungsdaten.

Wenn Sie die Rechnung schon woanders eingereicht haben, benötigen wir die Angaben über die Zahlung des anderen Kostenträgers.

3 Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können

3.1 Versicherungsfähigkeit

Sie sind nach diesem Tarif versicherbar, solange Sie Anspruch aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung haben. Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie diese Voraussetzung nicht mehr erfüllen.

3.2 Versicherbarer Personenkreis

Sie müssen außerdem zum versicherbaren Personenkreis gehören. Dieser ist im Gruppenversicherungsvertrag festgelegt. Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden.

4 Beitrag und Beitragsänderungen

4.1 Beitragszahlung

4.1.1 Beitrag

Der Versicherungsnehmer muss einen Monatsbeitrag zahlen. Dieser steht im aktuellen Versicherungsschein. Wir berechnen ihn geschlechtsunabhängig nach den Grundsätzen, die in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt sind.

4.1.2 Zahlungstermine

Der Versicherungsnehmer muss den ersten Beitrag zum Versicherungsbeginn zahlen. Das Datum steht im Versicherungsschein.

Die folgenden Beiträge muss der Versicherungsnehmer immer zum Monatsersten zahlen.

4.1.3 Zahlung per Lastschrift

Ist mit dem Versicherungsnehmer vereinbart, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss er uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen. Wir können verlangen, dass er es in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) erteilt.

4.1.4 Tagesbeitrag

Wir verlangen den Beitrag nur für die Zeit, in der Sie bei uns versichert sind. Wenn Ihre Versicherung nicht am Monatsanfang beginnt oder vor dem Monatsende ausläuft, verlangen wir den Beitrag nur für die Tage dieses Monats, an denen Sie bei uns versichert sind. Als Tagesbeitrag gilt 1/30 des Monatsbeitrags. Wir runden auf volle Cent auf.

4.2 Beitragsänderungen

Wir haben das Recht, den Beitrag während der Vertragslaufzeit anzupassen. Dafür müssen die Voraussetzungen nach § 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz erfüllt sein. Die dafür nötige Gegenüberstellung muss eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergeben.

Wir informieren den Versicherungsnehmer über die Anpassung in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe. Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

5 Weitere Vertragsänderungen

5.1 Ruhen der Versicherung

5.1.1 Ruhen in Zeiten ohne Gehalt

Der Versicherungsnehmer kann Ihre Versicherung ruhend stellen. Das bedeutet:

- Für die Zeit des Ruhens haben Sie keinen Anspruch auf die Leistungen.
- Der Versicherungsnehmer muss für Sie in dieser Zeit keine Beiträge zahlen.

In diesen Fällen, in denen Sie kein Gehalt bekommen, kann Ihre Versicherung ruhen:

- Sie sind durch Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig.
- Sie nehmen Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz.
- Sie pflegen einen nahen Angehörigen nach dem Pflegezeitgesetz.
- Sie sind aus einem anderen Grund von Ihrer Pflicht zur Arbeitsleistung vorübergehend freigestellt („Sabbatical“).

Beginnt die Zeit ohne Gehalt an einem Monatsersten, fängt das Ruhen an diesem Tag an. Entfällt Ihr Gehalt jedoch später, fängt das Ruhen erst mit dem nächsten Monat an.

Ihre Versicherung ruht jeweils für höchstens 36 Monate. Vor Ablauf dieser Frist endet das Ruhen mit dem Monat, in dem die Zeit ohne Gehalt ausläuft.

5.1.2 Fortsetzung nach dem Ruhen

Wenn das Ruhen endet, setzen wir Ihre Versicherung fort. Das bedeutet ab der Fortsetzung:

- Der Versicherungsnehmer muss den dann gültigen Beitrag zahlen.
- Sie erhalten die vereinbarten Leistungen. Tritt der Versicherungsfall während der Ruhenszeit ein, leisten wir dafür ab der Fortsetzung.
- Es gelten die dann gültigen Versicherungsbedingungen.

5.2 Versicherung von Kindern

5.2.1 Neugeborene

Wir versichern Neugeborene ohne Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz. Geburtsschäden und angeborene Krankheiten sind dann auch abgesichert.

Dafür müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ein Elternteil ist am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach seiner Geburt bei uns an.

5.2.2 Adoptivkinder

Wir versichern Adoptivkinder, die bei der Adoption noch keine 18 Jahre alt sind, ohne Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz.

Für ein erhöhtes Risiko können wir einen Risikozuschlag von bis zu 100 Prozent des Monatsbeitrags verlangen. Hierfür gelten unsere Grundsätze für die Risikobewertung.

Für die Nachversicherung müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ein Elternteil ist am Tag der Adoption mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach der Adoption bei uns an.

5.2.3 Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz des Kindes darf nicht höher oder umfassender sein als für den Elternteil, der bei uns versichert ist.

Wenn beide Eltern bei uns versichert sind, ist der insgesamt leistungsstärkere Versicherungsschutz die Grenze.

5.3 Änderung der Vertragsbedingungen

Ändern wir die Vertragsbedingungen in den folgenden Fällen, informieren wir den Versicherungsnehmer in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe.

5.3.1 Anpassung

Wir können Vertragsbedingungen anpassen, wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen nicht nur vorübergehend ändern. Das gilt etwa bei der Änderung von Gesetzen, die sich auf unsere Leistungszusage auswirken.

Dazu müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein:

- Die Anpassung ist notwendig, um den Vertrag weiterzuführen.
- Ohne Anpassung wäre es für einen Vertragspartner unzumutbar, an dem Vertrag festzuhalten. Dabei müssen auch die Interessen des anderen Vertragspartners berücksichtigt werden.
- Die neue Regelung berücksichtigt die Belange des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen angemessen. Dabei wird das Vertragsziel gewahrt.

Außerdem muss ein unabhängiger Treuhänder diese Voraussetzungen überprüft haben. Er muss bestätigen, dass die Anpassung angemessen ist.

Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

5.3.2 Ersetzung

Wir können Vertragsbedingungen nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz durch neue Regelungen ersetzen. Das gilt etwa, wenn eine Bestimmung höchststrichlich für unwirksam erklärt wurde.

Die neue Regelung wird 2 Wochen nach unserer Information wirksam.

6 Vertragsende und Fortsetzung

6.1 Kündigung

Wir haben kein ordentliches Kündigungsrecht.

Der Versicherungsnehmer kann folgendermaßen kündigen:

6.1.1 Form und Rechtzeitigkeit sowie Information des Versicherten

Der Versicherungsnehmer muss in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) kündigen. Mündlich oder telefonisch reicht nicht aus.

Wenn der Versicherungsnehmer eine Kündigungsfrist oder Frist für einen Nachweis verpasst, ist die Kündigung unwirksam.

Kündigt der Versicherungsnehmer den Vertrag für einen Versicherten, ist dies nur wirksam, wenn er nachweist, dass der Versicherte davon weiß.

6.1.2 Ordentliche Kündigung

Der Versicherungsnehmer kann die Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken. Wir müssen die Kündigung spätestens am 30. September des Jahres erhalten, zu dessen Ende er kündigen will.

Der Versicherungsnehmer kann frühestens zum Ende des zweiten Versicherungsjahrs kündigen (2-jährige Mindestlaufzeit). Danach kann er zu jedem Jahresende kündigen. Das Versicherungsjahr haben wir in Ziffer 7.4 geregelt.

6.1.3 Erhöhung von Beitrag sowie Minderung unserer Leistungen

Erhöhen wir den Beitrag, kann der Versicherungsnehmer für die Person kündigen, für die er mehr zahlen muss. Er kann auch für sie kündigen, wenn wir den Umfang des Versicherungsschutzes verringern.

In beiden Fällen gilt:

- Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Monaten erhalten, nachdem wir dem Versicherungsnehmer die Vertragsänderung mitgeteilt haben.
- Die Versicherung endet zu dem Tag, an dem die Vertragsänderung (Beitragserhöhung oder Leistungsminderung) wirksam wird.

6.1.4 Recht auf Gegenkündigung

Wenn wir nur für einzelne Versicherte anfechten, zurücktreten oder außerordentlich kündigen, hat der Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht. Er kann damit die Aufhebung aller Verträge bei uns verlangen. Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Wochen nach unserer Vertragserklärung erhalten.

Wenn wir angefochten haben oder zurückgetreten sind, heben wir die Verträge zum Ende des Monats auf, in dem der Versicherungsnehmer unsere Erklärung erhalten hat. Bei außerordentlicher Kündigung enden die Verträge zu dem Zeitpunkt, zu dem unsere Kündigung wirksam wird.

6.2 Sonstiges Vertragsende

6.2.1 70. Geburtstag

Ihre Versicherung endet mit dem Monat, in dem Sie Ihren 70. Geburtstag haben.

6.2.2 Rentenbeginn

Ihre Versicherung endet zu dem Zeitpunkt, ab dem Sie eine Altersrente beziehen.

6.2.3 Ende des Gruppenversicherungsvertrags
Ihre Versicherung endet mit dem Ende des Gruppenversicherungsvertrags.

6.2.4 Tod

Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie sterben.

6.3 Fortsetzung

6.3.1 Kündigung des Gruppenversicherungsvertrags

Wenn Ihre Versicherung endet, weil die Gruppenversicherung gekündigt wird, können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach § 206 Absatz 4 und § 207 Absatz 2 Satz 3 Versicherungsvertragsgesetz fortsetzen.

6.3.2 Sonstiges Fortsetzungsrecht

Wenn Ihre Versicherung endet, weil Sie

- aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden,
- 70 Jahre geworden sind oder
- eine Altersrente beziehen,

können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Dies müssen Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach dem Ende der Versicherung mitteilen.

Wenn die Einzelversicherung einen höheren oder umfassenden Versicherungsschutz enthält, können wir für diese Mehrleistung besondere Vereinbarungen treffen.

Die bisherige ununterbrochene Versicherungszeit rechnen wir auf die Wartezeiten in der Einzelversicherung an.

7 Sonstige Regelungen

7.1 Ausländisches Geld

Wir rechnen ausländische Währungen in Euro um. Dafür gilt der Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Gibt es keinen Wechselkurs für Ihre Währung, rechnen wir zum aktuellen Kurs nach der "Devisenkurs-Statistik" um (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank).

Wir rechnen zu dem Tageskurs um, an dem wir Ihre Belege erhalten. Wenn Sie das Geld zu einem schlechteren Kurs erworben haben, nehmen wir diesen. Bitte legen Sie uns dazu Ihren Bankbeleg vor.

7.2 Kosten, die wir abziehen können

Unsere Zahlung auf ein deutsches Konto ist für Sie kostenlos. Unsere Kosten für Auslandszahlungen und für Übersetzungen können wir von unserer Zahlung abziehen.

7.3 Verrechnung von Zahlungen

Sie können gegen unsere Forderungen aufrechnen. Das gilt, soweit Ihr Anspruch unbestritten oder abschließend gerichtlich festgestellt ist.

7.4 Erklärung „Versicherungsjahr“

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Es endet am 31. Dezember desselben Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

7.5 Deutsches Recht

Es gilt deutsches Recht.

7.6 Beschwerdemöglichkeiten

7.6.1 Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler
Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter

www.allianz.de/service/beschwerde/. Sie können Ihre Beschwerde auch an den Versicherungsvermittler richten.

7.6.2 Beschwerde beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Website: www.pkv-ombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. An den Ombudsmann können sich Versicherungsnehmer und Versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag.

7.6.3 Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht
Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie oder der Versicherungsnehmer sich auch an diese wenden.

7.6.4 Rechtsweg

Unabhängig von der Beschwerde haben Sie oder der Versicherungsnehmer immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Versicherungsbedingungen für Tarif betriebliche KV Krankenhaus bei Unfall (kurz: FKHU01) - Gruppenversicherung

Inhalt:

1	Versicherte Leistungen	2
1.1	Leistungserbringer und Honorargrenzen ..	2
1.2	Leistungsvoraussetzung zeitnahe Behandlung nach Unfall	2
1.3	Behandlungen im Krankenhaus	3
1.4	Schwangerschaft und Entbindung	5
1.5	Ambulante Operationen im Krankenhaus ..	5
1.6	Leistungen im Ausland	5
1.7	Leistungsausschlüsse und -reduzierung...	6
1.8	Der Versicherungsfall – Grundlage unserer Leistung	7
1.9	Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.....	8
1.10	Umfang des Versicherungsschutzes	8
2	Allgemeines zu unseren Zahlungen	8
2.1	Kostenbegriff.....	8
2.2	Zeitpunkt der Kosten	8
2.3	Recht auf die Leistungen.....	8
2.4	Nachweise, damit wir zahlen können	8
2.5	Hier müssen andere zuerst zahlen	8
3	Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten ...	9
4	Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können	9
4.1	Versicherungsfähigkeit	9
4.2	Versicherbarer Personenkreis	9
5	Beitrag und Beitragsänderungen	9
5.1	Beitragszahlung	9
5.2	Beitragsänderungen	9
6	Weitere Vertragsänderungen.....	9
6.1	Ruhen der Versicherung	9
6.2	Versicherung von Kindern	9
6.3	Änderung der Vertragsbedingungen.....	9
7	Vertragsende und Fortsetzung.....	10
7.1	Kündigung.....	10
7.2	Sonstiges Vertragsende	10
7.3	Fortsetzung	10
8	Sonstige Regelungen	10
8.1	Auskunft und Offenlegung.....	10
8.2	Ausländisches Geld	11
8.3	Kosten, die wir abziehen können.....	11
8.4	Verrechnung von Zahlungen	11
8.5	Erklärung „Versicherungsjahr“	11
8.6	Deutsches Recht.....	11
8.7	Beschwerdemöglichkeiten	11

1 Versicherte Leistungen

Wir übernehmen folgende Aufwendungen für medizinische notwendige Leistungen. Wir leisten jedoch nicht für zahnärztliche Leistungen.

1.1 Leistungserbringer und Honorargrenzen

Versicherte Leistungserbringer und Honorargrenzen	Umfang	Ausnahmen
Leistungserbringer	<p>Sie haben die freie Wahl unter allen Ärzten, die zur Ausübung der Heilkunde berechtigt sind. Diese müssen niedergelassen oder in einem medizinischen Versorgungszentrum tätig sein.</p> <p>Sie haben die freie Wahl unter allen Krankenhäusern (bitte vergleichen Sie unter „Behandlungen im Krankenhaus“). Dazu gehören jedoch nicht Arztpraxen, selbst wenn diese Patienten auch über Nacht ärztlich und pflegerisch betreuen können.</p>	<p>Wir zahlen keine Behandlungen durch Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Wir übernehmen in diesem Fall die Auslagen des Leistungserbringers.</p> <p>Wir zahlen auch nicht für Leistungserbringer, die wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben. Wir können ausschließen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • einzelne Ärzte. • einzelne Krankenhäuser. <p>Wir informieren Sie in diesem Fall über den Ausschluss von der Kostenerstattung. Erst dann gilt er für Sie. Wenn Sie diese Information erst erhalten, während Sie bereits behandelt werden, erstatten wir noch die Kosten für Behandlungen in den ersten 3 Monaten nach unserer Information.</p>
Honorargrenzen	<p>Die Vergütung für einen Entbindungspfleger oder eine Hebamme erstatten wir zu den Sätzen der gesetzlichen Gebührenordnung.</p> <p>Die Vergütung für ärztliche Leistungen muss nach der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden. Wir erstatten diese Kosten auch oberhalb der Höchstsätze dieser Gebührenordnung. Diese kann Ihr Arzt berechnen, wenn er sie in einer wirksamen Honorar-Vereinbarung mit Ihnen festgelegt hat.</p> <p>Bei einer zu hohen Rechnung können wir aber unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen (Ziffer 1.7).</p>	

1.2 Leistungsvoraussetzung zeitnahe Behandlung nach Unfall

Leistungsvoraussetzung	Beschreibung	Erläuterungen
Baldiger Behandlungsbeginn	<p>Wir zahlen nur, wenn Sie sich wegen des Unfalls zeitnah behandeln lassen. Entscheidend sind die ersten 12 Monate nach dem Unfall. In diesem Zeitraum müssen Sie eine dieser Versorgungsbegonnen haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine ambulante Operation oder eine ambulante Voruntersuchung nach Ziffer 1.5. • eine Behandlung im Krankenhaus nach Ziffer 1.3. <p>Haben Sie das erfüllt, leisten wir auch für Behandlungen nach dem 12-Monats-Zeitraum.</p>	Was ein Unfall ist, haben wir unter Ziffer 1.8 festgelegt.
Besonderheit bei Psychotherapie und Psychiatrie	<p>Eine psychische oder psychiatrische Behandlung sagen wir nur zu, wenn diese ebenfalls innerhalb von 12 Monaten nach dem Unfall begonnen wird.</p> <p>Wenn Sie zunächst ambulant behandelt werden, müssen Sie dazu einen dieser Leistungserbringer wählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ein zur Ausübung der Heilkunde berechtigter Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Dieser muss niedergelassen, in einer Krankenhaus-Ambulanz oder einem medizinischen Ver- 	

	<p>sorgungszentrum tätig sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ein zur Ausübung der Heilkunde berechtigter Psychologischer Psychotherapeut. Dieser muss in eigener Praxis tätig sein und einen Fachkunde-Nachweis haben. <p>Haben Sie das erfüllt, leisten wir auch für Behandlungen nach dem 12-Monats-Zeitraum.</p>	
--	---	--

1.3 Behandlungen im Krankenhaus

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
<p>Behandlungen im Krankenhaus</p>	<p>Wir erstatten die Kosten für diese Krankenhäuser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mit staatlicher Förderung. Das sind etwa Universitätskliniken sowie städtische und kirchliche Krankenhäuser. • ohne staatliche Förderung (Privatkliniken). <p>In beiden Fällen erstatten wir auch, wenn Sie in einem Krankenhaus behandelt werden, das auch Kuren und Sanatoriums-Behandlungen durchführt oder Genesende aufnimmt.</p> <p>Wenn Sie Fragen zu dem Krankenhaus haben, in dem Sie behandelt werden sollen, können Sie sich gerne an uns wenden. Wir informieren Sie dann über den Umfang unserer Erstattung.</p>	<p>Es muss sich um eine zeitnahe Behandlung nach einem Unfall nach Ziffer 1.2 handeln.</p> <p>Bietet ein Krankenhaus auch Kuren und Sanatoriums-Behandlungen an oder nimmt es Genesende auf, erstatten wir nur, wenn wir dies vorher schriftlich zugesagt haben. Wenn wir feststellen, dass wir leistungspflichtig sind, sagen wir zu.</p> <p>Ohne Zusage erstatten wir in einem dieser Fälle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie werden als Notfall in das Krankenhaus eingewiesen, müssen wegen eines Notfalls sofort stationär behandelt werden oder müssen stationär operiert werden. • Sie befinden sich bereits in dem Haus und bekommen eine neue Erkrankung. Diese ist so schlimm, dass deshalb ein Krankenhaus-Aufenthalt medizinisch notwendig ist. • Das Krankenhaus hat als einziges im Umkreis von 20 Kilometern zu Ihrem Wohnort einen Versorgungsvertrag mit der gesetzlichen Krankenversicherung.
<p>Krankenhäuser mit staatlicher Förderung - 100 Prozent.</p> <p>- Krankenhaus-Tagegeld bis zu 50 Euro täglich.</p>	<p>Wir erstatten die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ärztliche Leistungen. • das gesondert berechnungsfähige Zweibett-Zimmer (auch bei Unterkunft im Einbett-Zimmer). • einen Telefonanschluss. • die Miete für Radio und Fernsehen. • die besondere Verpflegung durch das Krankenhaus. • die Betten-Freihaltegebühr für das gesondert berechnungsfähige Zweibett-Zimmer. • Vor- und Nachbehandlungen nach § 115a des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch. <p>Zudem erstatten wir die Kosten für allgemeine Krankenhaus-Leistungen, die nach der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben. Das umfasst auch die Aufnahme und Verpflegung für eine Begleitperson, die aus medizinischen Gründen bei Ihnen sein muss.</p> <p>Statt der Kostenerstattung können Sie das Tagegeld wählen. Wir zahlen kein Krankenhaus-Tagegeld für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tage vollständig außerhalb des Krankenhauses. 	<p>Die Kosten für allgemeine Krankenhaus-Leistungen erstatten wir nur, wenn Sie ein anderes Krankenhaus wählen als in der ärztlichen Einweisung genannt ist.</p> <p>Wir zahlen nur, wenn die gesetzliche Krankenversicherung vorgeleistet hat.</p>

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
	<ul style="list-style-type: none"> eine Behandlung von weniger als 24 Stunden je Tag (teilstationäre Behandlung). <p>Wir zahlen:</p> <ul style="list-style-type: none"> 25 Euro täglich, wenn Sie auf zusätzlich berechnungsfähige Arzt-Behandlung verzichten („Chefarzt“ und Belegarzt). 25 Euro täglich, wenn Sie auf zusätzlich berechnungsfähiges Einbett- und Zweibett-Zimmer verzichten. Das gilt nicht am Tag der Entlassung sowie für Tage auf Intensiv- oder Säuglingsstation. 	
<p>Krankenhäuser ohne staatliche Förderung (Privatkliniken)</p> <ul style="list-style-type: none"> bei Unterkunft im Einbett-Zimmer: 60 Prozent der Kosten, die nach der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben. bei Unterkunft im Zwei- oder Mehrbett-Zimmer: 100 Prozent der Kosten, die nach der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben. 	<p>Privatkliniken sind Krankenhäuser ohne staatliche Förderung. Diese müssen nicht nach dem Krankenhaus-Entgeltgesetz oder der Bundespflege-satz-Verordnung abrechnen.</p> <p>Wir erstatten die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> ärztliche Leistungen. Ein-, Zwei- oder Mehrbett-Zimmer. einen Telefonanschluss. die Miete für Radio und Fernsehen. die besondere Verpflegung durch das Krankenhaus. die Betten-Freihaltegebühr für das Ein- oder Zweibett-Zimmer. medizinisch begründete Nebenkosten. Aufnahme und Verpflegung einer Begleitperson, die aus medizinischen Gründen bei Ihnen sein muss. als Krankenhaus-Leistungen berechnete Arzt-Kosten. 	<p>Wir zahlen nur, wenn die gesetzliche Krankenversicherung vorgeleistet hat.</p>
<p>Erste Psychotherapie und Psychiatrie</p>	<p>Wir zahlen auch für Behandlungen im Krankenhaus, wenn Sie wegen eines Unfalls psychisch oder psychiatrisch im Krankenhaus behandelt werden müssen.</p> <p>Wir leisten aber nur für den erstmaligen Aufenthalt im Krankenhaus. Das heißt: Wir zahlen nicht, wenn Sie wegen dieser Unfallfolge bereits zuvor im Krankenhaus behandelt worden sind.</p>	<p>Wir erstatten nur, wenn wir dies vorher schriftlich zugesagt haben. Bitte geben Sie uns dazu einen Befundbericht. Wenn wir feststellen, dass wir leistungspflichtig sind, sagen wir zu.</p>
<p>Spezielle Services</p>	<p>Bei einer Krankenhaus-Behandlung erhalten Sie auf Wunsch folgende Services:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wir nennen einen persönlichen Ansprechpartner, den Sie während der gesamten Behandlung anrufen können. Wir nennen Kliniken (auch für eine medizinische Reha) und Erbringer von Assistance-Leistungen Damit die Behandlungsabläufe erforderlichenfalls besser koordiniert werden, kontaktieren wir Ihre Ärzte sowie die Leistungserbringer, die zum Versorgungsmanagement Ihrer Krankenkasse gehören. Wir beraten Sie über eine ambulante Versorgung nach der Krankenhaus-Behandlung sowie über Leistungen der sozialen Pflege-Pflichtversicherung. 	
<p>Wunschverlegung</p> <p>- 100 Prozent.</p>	<p>Wenn Sie in ein anderes deutsches Krankenhaus mit staatlicher Förderung verlegt werden wollen, erstatten wir die Kosten dafür. Das gilt auch dann, wenn der Transport nicht medizinisch notwendig ist.</p>	<p>Diese Voraussetzungen müssen alle erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ihre Krankenhausbehandlung wird voraussichtlich noch mindestens 7 Tage dauern, nachdem Sie verlegt worden sind. Wir organisieren die Verlegung.

1.4 Schwangerschaft und Entbindung

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung	Wir zahlen die Leistungen für Krankenhaus-Behandlung (Ziffer 1.3) auch bei Schwangerschaftskomplikationen und wenn Sie entbunden werden. Wir zahlen auch die Behandlung und Unterkunft im Entbindungsheim, Hebammen oder Entbindungspfleger.	Es muss sich um eine zeitnahe Behandlung nach einem Unfall nach Ziffer 1.2 handeln.

1.5 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Ambulante Operationen	Ambulante Operationen sind Eingriffe im Krankenhaus nach dem Katalog nach § 115b des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch. Dazu gehören etwa die Entfernung von Krampfadern oder Hämorrhoiden sowie arthroskopische Eingriffe am Knie.	Es muss sich um eine zeitnahe Behandlung nach einem Unfall nach Ziffer 1.2 handeln. Die ambulante Operation muss von einem angestellten oder beamteten Arzt des Krankenhauses oder von einem Belegarzt durchgeführt werden.
Ärztliche Leistungen - 100 Prozent der Kosten, die nach der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben.	Wir erstatten die Kosten für ärztliche Leistungen. Das gilt für die Operation und damit zusammenhängende anästhesiologische Leistungen. Zudem erstatten wir weitere ärztliche Leistungen, die während der Operation im unmittelbaren medizinischen Zusammenhang erbracht oder veranlasst werden. Dazu gehören insbesondere Laboruntersuchungen, radiologische, histologische und pathologische Leistungen. Dafür können Sie auch in Anspruch nehmen: • Institute, die auf ärztliche Veranlassung diese Leistungen durchführen. • medizinische Versorgungszentren.	Wir zahlen nur, wenn die gesetzliche Krankenversicherung vorgeleistet hat.
Ambulante Voruntersuchung - 100 Prozent der Kosten, die nach der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben. - einmal je Operation.	Wir erstatten die Kosten für eine einmalige ärztliche Voruntersuchung im Zusammenhang mit einer ambulanten Operation.	Diese Voraussetzungen müssen alle erfüllt sein: • Die Voruntersuchung wird von dem Arzt vorgenommen, der die ambulante Operation durchführen wird. • Er untersucht Sie frühestens 4 Wochen vor der Operation. Wir zahlen nur, wenn die gesetzliche Krankenversicherung vorgeleistet hat.
Ambulante Nachuntersuchungen - 100 Prozent der Kosten, die nach der gesetzlichen Krankenversicherung verbleiben. - bis zu 7 Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach der ambulanten Operation.	Wir erstatten die Kosten für ärztliche Nachuntersuchungen.	Diese Voraussetzungen müssen alle erfüllt sein: • Die Nachuntersuchung wird von dem Arzt vorgenommen, der die ambulante Operation durchgeführt hat. • Er untersucht Sie, um den Behandlungserfolg der Operation zu sichern oder zu festigen. Wir zahlen nur, wenn die gesetzliche Krankenversicherung vorgeleistet hat.

1.6 Leistungen im Ausland

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Auslandsbehandlungen	Wir erstatten die ortsüblichen Kosten für Leistungen nach den Ziffern 1.3 bis 1.5 zu den Prozentsätzen, die für eine Behandlung in Deutschland gelten. Wir erstatten auch die Kosten für Unfallfolgen, die	

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
	bereits zu Reisebeginn vorgelegen haben. Das gilt auch dann, wenn sich diese auf der Reise verschlimmern.	
Versicherte Länder		
Europa	Wir zahlen für Leistungen in ganz Europa.	
Nichteuropäische Länder	Wir zahlen bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu 6 Monaten in außereuropäischen Staaten. Wenn Sie aus medizinischen Gründen länger behandelt werden müssen, zahlen wir, bis Sie gesundheitlich wieder zurückreisen können.	

1.7 Leistungsausschlüsse und -reduzierung

Grund	Ausschluss	Erläuterungen
Heilmaßnahmen	Wir leisten nicht für Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder sonstige Eingriffe an Ihrem Körper. Wir leisten aber, wenn diese Maßnahmen oder Eingriffe erst durch einen Unfall veranlasst sind.	
Infektionen	Wir leisten nicht bei Infektionen (auch durch Insektenstiche oder -bisse und sonstige geringfügige Verletzungen). Wir leisten aber bei diesen Infektionen: <ul style="list-style-type: none"> • durch Zeckenbisse unmittelbar übertragenen Infektionen. • Tollwut und Wundstarrkrampf. • Infektionen, bei denen die Erreger durch eine Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Als Unfallverletzung gelten aber nicht geringfügige Verletzungen der Haut oder Schleimhaut. • Infektionen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe an Ihrem Körper, wenn diese Maßnahmen oder Eingriffe durch einen Unfall veranlasst sind. 	
Störungen oder Anfälle	Wir zahlen nicht bei einem Unfall durch diese Störungen oder Anfälle: <ul style="list-style-type: none"> • Geistes- oder Bewusstseins-Störung (auch bei Trunkenheit). • Schlaganfall. • epileptischer Anfall. • andere Krampfanfälle, die den gesamten Körper ergreifen. Wir leisten aber, wenn diese Störungen oder Anfälle erst durch einen Unfall verursacht werden.	
Straftat	Wir zahlen nicht bei einem Unfall, der Ihnen dadurch zustößt, dass Sie vorsätzlich eine Straftat ausführen oder versuchen.	
Strahlen	Wir zahlen nicht bei einem Unfall, der durch Kernenergie verursacht worden ist. Wir zahlen auch nicht, wenn Sie durch andere Strahlen verletzt werden.	
Vergiftungen	Wir leisten nicht bei Vergiftungen. Wir leisten aber, wenn Sie infolge plötzlich ausströmender Gase oder Dämpfe unfreiwillig eine Vergiftung erleiden.	
Krieg und Wehrdienstbeschädigung	Wir zahlen nicht, wenn Sie durch Kriegsereignisse verletzt werden. Wir zahlen dennoch, wenn Sie außerhalb des Lands, in dem Sie Ihren Wohnort haben, vom Kriegsbeginn überrascht werden und Sie ohne Schuld im Kriegsgebiet bleiben müssen.	Terroristische Anschläge sind keine Kriegsereignisse. Als Wohnort gilt, wo Sie sich gewöhnlich aufhalten. Ein Kriegsereignis ist überraschend, wenn es hierzu keine Reisewarnung des deut-

	Wir zahlen auch nicht für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen.	schen Auswärtigen Amts gab, bevor Sie das Land, in dem Sie wohnen, verlassen haben.
Entwöhnung	Wir zahlen nicht, wenn Sie ausschließlich wegen einer Entwöhnung behandelt werden.	Eine Entwöhnung ist eine Behandlung, die darauf abzielt, den Patienten aus der Bindung an Drogen, Alkohol oder andere Suchtmittel zu lösen.
Kur, Sanatoriums-Behandlung und Reha	Wir zahlen keine Kur- und Sanatoriums-Behandlung. Wir übernehmen auch keine Reha-Maßnahmen, die ein gesetzlicher Reha-Träger zahlt (etwa Renten- oder Unfallversicherung).	Kuren und Sanatoriumsbehandlung sind Maßnahmen, die typischerweise der Erhaltung der Gesundheit dienen (etwa Badekuren).
Zahnärztliche Leistungen	Wir zahlen keine zahnärztlichen Leistungen. Das gilt unabhängig davon, ob diese von einem Arzt, Zahnarzt oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen erbracht werden.	
Zuzahlungen	Wir zahlen keine Zuzahlungen, die Sie nach § 61 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch leisten müssen.	
Übermaßbehandlung und zu hohe Rechnungen	Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Dafür muss eine Übermaß-Behandlung vorliegen oder eine unangemessen hohe Vergütung verlangt werden.	Eine Übermaß-Behandlung ist eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, die das medizinisch notwendige Maß übersteigt. Kosten nach gesetzlichem Vergütungsrecht sind angemessen, soweit sie nach den gesetzlichen Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind.

1.8 Der Versicherungsfall – Grundlage unserer Leistung

Versicherungsfall	Beschreibung	Erläuterungen
Behandlung wegen Unfall	<p>Damit wir leisten, müssen Sie sich in einer Heilbehandlung wegen eines Unfalls befinden. Die Behandlung muss medizinisch notwendig sein.</p> <p>Ein Unfall liegt vor, wenn ein plötzlich von außen wirkendes Ereignis unfreiwillig Ihre Gesundheit schädigt. Dieses Ereignis muss nach Beginn des Versicherungsschutzes eintreten.</p> <p>Unfreiwillig sind auch Gesundheitsschäden, die Sie erleiden, während Sie Menschenleben, Tiere oder Sachen rechtmäßig verteidigen oder sich bemühen, diese zu retten.</p> <p>Als Unfall gilt zudem, wenn Sie sich wie folgt verletzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ein Gelenk wird verrenkt. • Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln werden gezerrt oder zerrissen. <p>Dies setzt voraus, dass diese Verletzungen unmittelbar durch erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verursacht werden.</p>	Medizinisch notwendig bedeutet: Die Behandlung eignet sich für den Behandlungserfolg. Und sie ist erforderlich. Beides muss man zum Zeitpunkt der Behandlung bejahen können – nach objektiven medizinischen Kriterien und wissenschaftlichen Erkenntnissen.
Beginn und Ende	<p>Der Versicherungsfall beginnt, wenn Sie sich wegen des Unfalls erstmals behandeln oder untersuchen lassen. Das gilt auch, wenn noch keine oder keine richtige Diagnose existiert. Der Versicherungsfall endet, wenn Sie aus medizinischen Gründen keine Behandlung mehr benötigen.</p> <p>Ein neuer Versicherungsfall beginnt, wenn Sie während der Behandlung auch wegen einer anderen Unfallfolge behandelt werden müssen. Das</p>	

	setzt voraus, dass die Unfallfolge mit der bereits behandelten nicht zusammenhängt.	
--	---	--

1.9 Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Wir zahlen für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Wir zahlen zudem für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben, etwa:

- Schröpfen.
- Akupunktur zur Schmerz-Therapie.
- Chirotherapie.
- Osteopathie.
- Eigenblut-Behandlung.
- therapeutische Lokal-Anästhesie.

Außerdem zahlen wir für Methoden und Arzneimittel, die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen.

Wir können in diesen Fällen auf den Betrag kürzen, der für eine schulmedizinische Methode oder ein solches Arzneimittel angefallen wäre.

1.10 Umfang des Versicherungsschutzes

1.10.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag pünktlich zahlt. Zahlt er diesen erst später, startet der Versicherungsschutz erst, wenn wir den Beitrag erhalten haben.

1.10.2 Bestandteile des Vertrags

Der Vertrag setzt sich zusammen aus:

- dem Versicherungsschein.
- den schriftlichen Vereinbarungen.
- diesen Versicherungsbedingungen.
- den gesetzlichen Vorschriften.

1.10.3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit Vertragsende. Das gilt auch für laufende Behandlungen.

Wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wird und Sie den Vertrag nicht als Einzelversicherung fortsetzen, leisten wir noch für weitere 4 Wochen. Das gilt nur für Behandlungen, die bei der Beendigung noch nicht abgeschlossen sind.

2 Allgemeines zu unseren Zahlungen

2.1 Kostenbegriff

Wir erstatten nur die Kosten, zu deren Zahlung Sie aus dem Vertrag mit dem Leistungserbringer verpflichtet sind (Aufwendungen). Das heißt: Wir erstatten keine Kosten, die Ihnen aus nicht berechtigten Ansprüchen Dritter entstehen.

2.2 Zeitpunkt der Kosten

Wenn es darauf ankommt, wann Ihnen Kosten entstanden sind, ist das Datum entscheidend, an dem Sie behandelt worden sind oder eine Leistung bezogen haben. Das ist wichtig etwa beim Vertragsende.

2.3 Recht auf die Leistungen

Sie als Hauptversicherter haben Anspruch auf die Leistungen. Deshalb wenden sich die Vertragsbedingungen an Sie.

Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.

Sofern Sie Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte abtreten, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

Es ist auch ausreichend, wenn der Abtretungsgläubiger uns die Abtretungsurkunde vorlegt. Abtretungsgläubiger ist die Person, die durch die Abtretung die Forderung auf Versicherungsleistungen erhalten hat. Wir benötigen regelmäßig nicht das Original der Abtretungsurkunde. Vielmehr reicht grundsätzlich etwa eine Kopie, Zweitschrift, ein Scan oder ein Foto von der Urkunde aus.

Solange uns die Abtretung nicht in einer dieser beiden Alternativen angezeigt worden ist, müssen wir nicht an den Abtretungsgläubiger leisten. In diesem Fall können wir die Forderung weiterhin erfüllen, indem wir an Sie leisten.

Diese Vorgaben und Rechtsfolgen ergeben sich aus dem Gesetz. Sie haben keinen Einfluss auf die rechtliche Zulässigkeit oder Wirksamkeit der Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte.

2.4 Nachweise, damit wir zahlen können

Unsere Zahlungen werden nach § 14 Versicherungsvertragsgesetz fällig. Dort ist auch geregelt, wann Sie Abschlagszahlungen von uns verlangen können.

Damit wir zahlen, benötigen wir alle erforderlichen Informationen und Nachweise. Nachweise werden unser Eigentum, wenn wir sie erhalten.

Solche Nachweise sind vor allem Rechnungen (auch unbezahlte). Sie erfordern mindestens diesen Inhalt:

- Name der behandelten Person.
- Bezeichnung der Unfallfolge.
- Art der Leistungen.
- Behandlungsdaten.

Bei einer ambulanten Operation im Krankenhaus benötigen wir zusätzlich diese Informationen:

- Name und Ort des Krankenhauses, in dem Sie operiert wurden.
- den Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS) für Ihre Operation.

Wenn Sie die Rechnung schon woanders eingereicht haben, benötigen wir die Angaben über die Zahlung des anderen Kostenträgers.

Für das Krankenhaus-Tagegeld ist eine Bescheinigung mit mindestens diesem Inhalt erforderlich:

- Name der behandelten Person.
- Bezeichnung der Unfallfolge.
- Daten zu Aufnahme, Entlassung und – sofern der Fall – Tagen außerhalb des Krankenhauses.

2.5 Hier müssen andere zuerst zahlen

Wenn Sie Ansprüche gegen einen anderen Kostenträger haben, gehen diese unserer Zahlung vor. Andere Kostenträger sind:

- gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung.
- gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge.

Wenn Sie es wünschen, zahlen wir auch als Erster. Dafür müssen Sie uns Ihren Anspruch gegen den anderen Kostenträger abtreten, soweit wir zahlen.

Haben Sie das Krankenhaus-Tagegeld gewählt, erhalten Sie es unabhängig davon, ob ein Anderer die Krankenhaus-Kosten übernimmt.

3 Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten

Sie müssen sich von einem Arzt, den wir beauftragen, untersuchen lassen, wenn wir das verlangen.

Wir müssen nicht oder zum Teil nicht leisten, wenn Sie diese Pflicht verletzen. Das regelt § 28 Absätze 2 bis 3 Versicherungsvertragsgesetz.

4 Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können

4.1 Versicherungsfähigkeit

Sie sind nach diesem Tarif versicherbar, solange Sie bei einer Krankenkasse nach dem Sozialgesetzbuch versichert sind. Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie diese Voraussetzung nicht mehr erfüllen.

4.2 Versicherbarer Personenkreis

Sie müssen außerdem zum versicherbaren Personenkreis gehören. Dieser ist im Gruppenversicherungsvertrag festgelegt. Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden.

5 Beitrag und Beitragsänderungen

5.1 Beitragszahlung

5.1.1 Beitrag

Der Versicherungsnehmer muss einen Monatsbeitrag zahlen. Dieser steht im aktuellen Versicherungsschein. Wir berechnen ihn geschlechtsunabhängig nach den Grundsätzen, die in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt sind.

5.1.2 Zahlungstermine

Der Versicherungsnehmer muss den ersten Beitrag zum Versicherungsbeginn zahlen. Das Datum steht im Versicherungsschein.

Die folgenden Beiträge muss der Versicherungsnehmer immer zum Monatsersten zahlen.

5.1.3 Zahlung per Lastschrift

Ist mit dem Versicherungsnehmer vereinbart, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss er uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen. Wir können verlangen, dass er es in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) erteilt.

5.1.4 Tagesbeitrag

Wir verlangen den Beitrag nur für die Zeit, in der Sie bei uns versichert sind. Wenn Ihre Versicherung nicht am Monatsanfang beginnt oder vor dem Monatsende ausläuft, verlangen wir den Beitrag nur für die Tage dieses Monats, an denen Sie bei uns versichert sind. Als Tagesbeitrag gilt 1/30 des Monatsbeitrags. Wir runden auf volle Cent auf.

5.2 Beitragsänderungen

Wir haben das Recht, den Beitrag während der Vertragslaufzeit anzupassen. Dafür müssen die Voraussetzungen nach § 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz erfüllt sein. Die dafür nötige Gegenüberstellung muss eine Abweichung von mehr als 5 Prozent ergeben.

Wir informieren den Versicherungsnehmer über die Anpassung in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe. Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

6 Weitere Vertragsänderungen

6.1 Ruhen der Versicherung

6.1.1 Ruhen in Zeiten ohne Gehalt

Der Versicherungsnehmer kann Ihre Versicherung ruhend stellen. Das bedeutet:

- Für die Zeit des Ruhens haben Sie keinen Anspruch auf die Leistungen.

- Der Versicherungsnehmer muss für Sie in dieser Zeit keine Beiträge zahlen.

In diesen Fällen, in denen Sie kein Gehalt bekommen, kann Ihre Versicherung ruhen:

- Sie sind durch Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig.
- Sie nehmen Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz.
- Sie pflegen einen nahen Angehörigen nach dem Pflegezeitgesetz.
- Sie sind aus einem anderen Grund von Ihrer Pflicht zur Arbeitsleistung vorübergehend freigestellt („Sabbatical“).

Beginnt die Zeit ohne Gehalt an einem Monatsersten, fängt das Ruhen an diesem Tag an. Entfällt Ihr Gehalt jedoch später, fängt das Ruhen erst mit dem nächsten Monat an.

Ihre Versicherung ruht jeweils für höchstens 36 Monate. Vor Ablauf dieser Frist endet das Ruhen mit dem Monat, in dem die Zeit ohne Gehalt ausläuft.

6.1.2 Fortsetzung nach dem Ruhen

Wenn das Ruhen endet, setzen wir Ihre Versicherung fort. Das bedeutet ab der Fortsetzung:

- Der Versicherungsnehmer muss den dann gültigen Beitrag zahlen.
- Sie erhalten die vereinbarten Leistungen. Tritt der Versicherungsfall während der Ruhezeit ein, leisten wir dafür ab der Fortsetzung.
- Es gelten die dann gültigen Versicherungsbedingungen.

6.2 Versicherung von Kindern

6.2.1 Neugeborene

Wir versichern Neugeborene ohne Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz. Geburtsschäden und angeborene Krankheiten sind dann auch abgesichert.

Dafür müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ein Elternteil ist am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach seiner Geburt bei uns an.

6.2.2 Adoptivkinder

Wir versichern Adoptivkinder, die bei der Adoption noch keine 18 Jahre alt sind, ohne Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz.

Für ein erhöhtes Risiko können wir einen Risikozuschlag von bis zu 100 Prozent des Monatsbeitrags verlangen. Hierfür gelten unsere Grundsätze für die Risikobewertung.

Für die Nachversicherung müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ein Elternteil ist am Tag der Adoption mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach der Adoption bei uns an.

6.2.3 Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz des Kindes darf nicht höher oder umfassender sein als für den Elternteil, der bei uns versichert ist.

Wenn beide Eltern bei uns versichert sind, ist der insgesamt leistungsstärkere Versicherungsschutz die Grenze.

6.3 Änderung der Vertragsbedingungen

Ändern wir die Vertragsbedingungen in den folgenden Fällen, informieren wir den Versicherungsnehmer in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe.

6.3.1 Anpassung

Wir können Vertragsbedingungen anpassen, wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen nicht nur vorübergehend ändern. Das gilt etwa bei der Änderung von Gesetzen, die sich auf unsere Leistungszusage auswirken.

Dazu müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein:

- Die Anpassung ist notwendig, um den Vertrag weiterzuführen.
- Ohne Anpassung wäre es für einen Vertragspartner unzumutbar, an dem Vertrag festzuhalten. Dabei müssen auch die Interessen des anderen Vertragspartners berücksichtigt werden.
- Die neue Regelung berücksichtigt die Belange des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen angemessen. Dabei wird das Vertragsziel gewahrt.

Außerdem muss ein unabhängiger Treuhänder diese Voraussetzungen überprüft haben. Er muss bestätigen, dass die Anpassung angemessen ist.

Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

6.3.2 Ersetzung

Wir können Vertragsbedingungen nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz durch neue Regelungen ersetzen. Das gilt etwa, wenn eine Bestimmung höchststrichterlich für unwirksam erklärt wurde.

Die neue Regelung wird 2 Wochen nach unserer Information wirksam.

7 Vertragsende und Fortsetzung

7.1 Kündigung

Wir haben kein ordentliches Kündigungsrecht.

Der Versicherungsnehmer kann folgendermaßen kündigen:

7.1.1 Form und Rechtzeitigkeit sowie Information des Versicherten

Der Versicherungsnehmer muss in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) kündigen. Mündlich oder telefonisch reicht nicht aus.

Wenn der Versicherungsnehmer eine Kündigungsfrist oder Frist für einen Nachweis verpasst, ist die Kündigung unwirksam.

Kündigt der Versicherungsnehmer den Vertrag für einen Versicherten, ist dies nur wirksam, wenn er nachweist, dass der Versicherte davon weiß.

7.1.2 Ordentliche Kündigung

Der Versicherungsnehmer kann die Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken. Wir müssen die Kündigung spätestens am 30. September des Jahres erhalten, zu dessen Ende er kündigen will.

Der Versicherungsnehmer kann frühestens zum Ende des zweiten Versicherungsjahrs kündigen (2-jährige Mindestlaufzeit). Danach kann er zu jedem Jahresende kündigen. Das Versicherungsjahr haben wir in Ziffer 8.5 geregelt.

7.1.3 Erhöhung von Beitrag sowie Minderung unserer Leistungen

Erhöhen wir den Beitrag, kann der Versicherungsnehmer für die Person kündigen, für die er mehr zahlen muss. Er kann auch für sie kündigen, wenn wir den Umfang des Versicherungsschutzes verringern.

In beiden Fällen gilt:

- Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Monaten erhalten, nachdem wir dem Versicherungsnehmer die Vertragsänderung mitgeteilt haben.

- Die Versicherung endet zu dem Tag, an dem die Vertragsänderung (Beitragserhöhung oder Leistungsminderung) wirksam wird.

7.1.4 Recht auf Gegenkündigung

Wenn wir nur für einzelne Versicherte anfechten, zurücktreten oder außerordentlich kündigen, hat der Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht. Er kann damit die Aufhebung aller Verträge bei uns verlangen. Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Wochen nach unserer Vertragserklärung erhalten.

Wenn wir angefochten haben oder zurückgetreten sind, heben wir die Verträge zum Ende des Monats auf, in dem der Versicherungsnehmer unsere Erklärung erhalten hat. Bei außerordentlicher Kündigung enden die Verträge zu dem Zeitpunkt, zu dem unsere Kündigung wirksam wird.

7.2 Sonstiges Vertragsende

7.2.1 70. Geburtstag

Ihre Versicherung endet mit dem Monat, in dem Sie Ihren 70. Geburtstag haben.

7.2.2 Rentenbeginn

Ihre Versicherung endet zu dem Zeitpunkt, ab dem Sie eine Altersrente beziehen.

7.2.3 Ende des Gruppenversicherungsvertrags
Ihre Versicherung endet mit dem Ende des Gruppenversicherungsvertrags.

7.2.4 Tod

Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie sterben.

7.3 Fortsetzung

7.3.1 Kündigung des Gruppenversicherungsvertrags

Wenn Ihre Versicherung endet, weil die Gruppenversicherung gekündigt wird, können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach § 206 Absatz 4 und § 207 Absatz 2 Satz 3 Versicherungsvertragsgesetz fortsetzen.

7.3.2 Sonstiges Fortsetzungsrecht

Wenn Ihre Versicherung endet, weil Sie

- aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden,
- 70 Jahre geworden sind oder
- eine Altersrente beziehen,

können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Dies müssen Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach dem Ende der Versicherung mitteilen.

Wenn die Einzelversicherung einen höheren oder umfassenden Versicherungsschutz enthält, können wir für diese Mehrleistung besondere Vereinbarungen treffen.

Die bisherige ununterbrochene Versicherungszeit rechnen wir auf die Wartezeiten in der Einzelversicherung an.

8 Sonstige Regelungen

8.1 Auskunft und Offenlegung

8.1.1 Auskunft vor Behandlungsbeginn

Wenn eine Behandlung ansteht, die mehr als 2.000 Euro kosten soll, können Sie davor folgende Auskunft von uns erhalten:

Wir nennen Ihnen den Umfang unserer Zahlung und begründen das in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail). Wenn Sie uns einen Kostenvoranschlag oder andere Unterlagen gegeben haben, gehen wir auch darauf ein.

Grundsätzlich informieren wir Sie spätestens innerhalb von 4 Wochen. Wenn die Behandlung aber eilt, geben wir

Ihnen die Auskunft spätestens nach 2 Wochen. Diese Fristen beginnen, sobald wir Ihre Anfrage erhalten.

Wenn wir die 2- oder 4-wöchige Frist nicht einhalten, wird vermutet, dass die Behandlung medizinisch notwendig ist. Das gilt so lange, bis wir das Gegenteil beweisen.

8.1.2 Offenlegung von Unterlagen

Gutachten und Stellungnahmen, die wir besorgt oder angefordert haben, weil wir die Notwendigkeit einer Behandlung prüfen, legen wir auf Wunsch offen. Sie erhalten so Auskunft und können die Unterlagen einsehen.

Den Anspruch haben Sie. An Ihrer Stelle ist Ihr gesetzlicher Vertreter berechtigt, die Offenlegung zu verlangen. Wenn erhebliche Gründe dieser Offenlegung entgegenstehen, kann sie nur ein Arzt oder Rechtsanwalt verlangen.

Wenn wir diese Dokumente von Ihnen anfordern, zahlen wir Ihre Aufwendungen dafür.

8.2 Ausländisches Geld

Wir rechnen ausländische Währungen in Euro um. Dafür gilt der Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Gibt es keinen Wechselkurs für Ihre Währung, rechnen wir zum aktuellen Kurs nach der "Devisenkurs-Statistik" um (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank).

Wir rechnen zu dem Tageskurs um, an dem wir Ihre Belege erhalten. Wenn Sie das Geld zu einem schlechteren Kurs erworben haben, nehmen wir diesen. Bitte legen Sie uns dazu Ihren Bankbeleg vor.

8.3 Kosten, die wir abziehen können

Unsere Zahlung auf ein deutsches Konto ist für Sie kostenlos. Unsere Kosten für Auslandszahlungen und für Übersetzungen können wir von unserer Zahlung abziehen.

8.4 Verrechnung von Zahlungen

Sie können gegen unsere Forderungen aufrechnen. Das gilt, soweit Ihr Anspruch unbestritten oder abschließend gerichtlich festgestellt ist.

8.5 Erklärung „Versicherungsjahr“

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Es endet am 31. Dezember desselben Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

8.6 Deutsches Recht

Es gilt deutsches Recht.

8.7 Beschwerdemöglichkeiten

8.7.1 Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler
Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.allianz.de/service/beschwerde/. Sie können Ihre Beschwerde auch an den Versicherungsvermittler richten.

8.7.2 Beschwerde beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Website: www.pkv-ombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. An den Ombudsmann können sich Versicherungsnehmer und Versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag.

8.7.3 Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht
Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie oder der Versicherungsnehmer sich auch an diese wenden.

8.7.4 Rechtsweg

Unabhängig von der Beschwerde haben Sie oder der Versicherungsnehmer immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Versicherungsbedingungen für Tarif betriebliche KV Krankenhausta-
gegeld (kurz: FKHT01) - Gruppenversicherung

Inhalt:

1	Versicherte Leistungen	2
1.1	Versicherte Einrichtungen	2
1.2	Höhe und Dauer unserer Zahlung	2
1.3	Leistungen im Ausland	2
1.4	Leistungsausschlüsse und -reduzierung ..	3
1.5	Der Versicherungsfall – Grundlage unserer Leistung	3
1.6	Umfang des Versicherungsschutzes	3
2	Allgemeines zu unseren Zahlungen.....	4
2.1	Recht auf die Leistungen.....	4
2.2	Nachweise, damit wir zahlen können.....	4
3	Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten ..	4
4	Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können.....	4
4.1	Versicherbarer Personenkreis	4
5	Beitrag und Beitragsänderungen.....	4
5.1	Beitragszahlung	4
5.2	Beitragsänderungen	4
6	Weitere Vertragsänderungen	4
6.1	Ruhen der Versicherung.....	4
6.2	Versicherung von Kindern	5
6.3	Änderung der Vertragsbedingungen.....	5
7	Vertragsende und Fortsetzung	5
7.1	Kündigung	5
7.2	Sonstiges Vertragsende	6
7.3	Fortsetzung	6
8	Sonstige Regelungen	6
8.1	Offenlegung	6
8.2	Kosten, die wir abziehen können	6
8.3	Verrechnung von Zahlungen	6
8.4	Erklärung „Versicherungsjahr“	6
8.5	Deutsches Recht	6
8.6	Beschwerdemöglichkeiten.....	6

1 Versicherte Leistungen

Im Versicherungsfall zahlen wir bei einer Krankenhaus-Behandlung das versicherte Krankenhaustagegeld nach den folgenden Regelungen.

1.1 Versicherte Einrichtungen

Leistungserbringer	Umfang	Ausnahmen
Krankenhäuser und andere Einrichtungen	<p>Sie haben die freie Wahl unter allen Krankenhäusern. Dazu gehören jedoch nicht Arztpraxen, selbst wenn diese Patienten auch über Nacht ärztlich und pflegerisch betreuen können.</p> <p>Bei Tuberkulose können Sie zudem in eine Tuberkulose-Heilstätte oder ein Tuberkulose-Sanatorium gehen.</p> <p>Das versicherte Krankenhaustagegeld zahlen wir auch bei vollstationärer Entbindung im Entbindungsheim.</p> <p>Wenn Sie Fragen zu der Einrichtung haben, in der Sie behandelt werden sollen, können Sie sich gerne an uns wenden. Wir informieren Sie dann über den Umfang unserer Zahlung.</p>	<p>Wir zahlen nicht für Aufenthalte in Krankenhäusern, die wir aus wichtigem Grund vom Versicherungsschutz ausgeschlossen haben.</p> <p>Wir informieren Sie in diesem Fall über den Ausschluss vom Versicherungsschutz. Erst dann gilt er für Sie. Wenn Sie diese Information erst erhalten, während Sie behandelt werden, zahlen wir das Krankenhaustagegeld für Krankenhaus-Behandlungen in diesem Haus in den ersten 3 Monaten nach unserer Information.</p>

1.2 Höhe und Dauer unserer Zahlung

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Höhe des Tagessatzes	Ihr Krankenhaustagegeld richtet sich nach dem vereinbarten Tagessatz. Dieser steht in Ihrer aktuellen „Bescheinigung für den Versicherten“.	
Dauer des Krankenhaustagegelds	Das versicherte Krankenhaustagegeld zahlen wir für jeden Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung oder einer stationären Entbindung. In beiden Fällen gilt keine zeitliche Begrenzung.	<p>Sie müssen in der Einrichtung vollstationär untergebracht sein. Deshalb zahlen wir nicht für</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tage außerhalb der Einrichtung. • teilstationäre Behandlungen. Diese liegt vor, wenn die stationäre Behandlung kürzer als 24 Stunden je Tag dauert. Die Tage von Aufnahme und Entlassung gelten jedoch als Bestandteil der vollstationären Behandlung.

1.3 Leistungen im Ausland

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Auslandsbehandlungen	Wir zahlen auch für Behandlungen wegen Krankheiten – einschließlich chronische – oder Unfallfolgen, die Sie bereits zu Reisebeginn haben. Das gilt auch dann, wenn sich diese auf der Reise verschlimmern.	
Versicherte Länder		
Europa	Wir zahlen für Leistungen in ganz Europa.	
Nichteuropäische Länder	Wir zahlen bei vorübergehenden Aufenthalten von bis zu 6 Monaten in außereuropäischen Staaten. Wenn Sie aus medizinischen Gründen länger stationär behandelt werden müssen, zahlen wir, bis Sie gesundheitlich wieder zurückreisen können.	

1.4 Leistungsausschlüsse und -reduzierung

Grund	Ausschluss	Erläuterungen
Krieg und Wehrdienstbeschädigung	Wir zahlen nicht, wenn Sie durch Kriegsereignisse verletzt werden. Wir zahlen dennoch, wenn Sie außerhalb des Lands, in dem Sie Ihren Wohnort haben, vom Kriegsbeginn überrascht werden und Sie ohne Schuld im Kriegsgebiet bleiben müssen. Wir zahlen auch nicht für anerkannte Wehrdienstbeschädigungen.	Terroristische Anschläge sind keine Kriegsereignisse. Als Wohnort gilt, wo Sie sich gewöhnlich aufhalten. Ein Kriegsereignis ist überraschend, wenn es hierzu keine Reisewarnung des deutschen Auswärtigen Amtes gab, bevor Sie das Land, in dem Sie wohnen, verlassen haben.
Entwöhnung	Wir zahlen nicht, wenn Sie ausschließlich wegen einer Entwöhnung behandelt werden.	Eine Entwöhnung ist eine Behandlung, die darauf abzielt, den Patienten aus der Bindung an Drogen, Alkohol oder andere Suchtmittel zu lösen.
Kur, Sanatoriums-Behandlung und Reha	Wir zahlen nicht bei einer Kur- und Sanatoriums-Behandlung. Wir zahlen auch nicht bei Reha-Maßnahmen, die ein gesetzlicher Reha-Träger zahlt (etwa Renten- oder Unfallversicherung).	Kuren und Sanatoriumsbehandlung sind Maßnahmen, die typischerweise der Erhaltung der Gesundheit dienen (etwa Badekuren).
Übermaßbehandlung	Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Dafür muss eine Übermaß-Behandlung vorliegen.	Eine Übermaß-Behandlung ist eine stationäre Behandlung, deren Dauer das medizinisch notwendige Maß übersteigt.

1.5 Der Versicherungsfall – Grundlage unserer Leistung

Versicherungsfall	Beschreibung	Erläuterungen
Behandlung bei Krankheit oder Unfallfolgen sowie weitere Versicherungsfälle	Damit wir leisten, müssen Sie sich in einer Heilbehandlung wegen einer Krankheit oder Unfallfolge befinden. Die Behandlung muss medizinisch notwendig sein. Wir leisten auch in diesen Fällen: <ul style="list-style-type: none"> • Sie werden wegen einer Schwangerschaft untersucht oder medizinisch notwendig behandelt und von Ihrem Kind entbunden. • Es wird ein rechtmäßiger Schwangerschafts-Abbruch aus medizinisch notwendigen Gründen oder wegen eines Verbrechens durchgeführt. 	Medizinisch notwendig bedeutet: Die Behandlung eignet sich für den Behandlungserfolg. Und sie ist erforderlich. Beides muss man zum Zeitpunkt der Behandlung bejahen können – nach objektiven medizinischen Kriterien und wissenschaftlichen Erkenntnissen.
Beginn und Ende	Der Versicherungsfall beginnt, wenn Sie sich wegen der Krankheit oder des Unfalls erstmals behandeln oder untersuchen lassen. Das gilt auch, wenn noch keine oder keine richtige Diagnose existiert. Der Versicherungsfall endet, wenn Sie aus medizinischen Gründen keine Behandlung mehr benötigen. Ein neuer Versicherungsfall beginnt, wenn Sie während der Behandlung auch wegen einer anderen Krankheit oder Unfallfolge behandelt werden müssen. Das setzt voraus, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bereits behandelten nicht zusammenhängt.	

1.6 Umfang des Versicherungsschutzes

1.6.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag pünktlich zahlt. Zahlt er diesen erst

später, startet der Versicherungsschutz erst, wenn wir den Beitrag erhalten haben.

Wir leisten auch für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind. Das gilt aber nur für den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

Das bedeutet zum Beispiel: Halten Sie sich bei Versicherungsbeginn bereits im Krankenhaus auf, zahlen wir für diesen Aufenthalt teilweise. Wir zahlen dann nur für den Teil, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt.

1.6.2 Bestandteile des Vertrags

Der Vertrag setzt sich zusammen aus:

- dem Versicherungsschein.
- den schriftlichen Vereinbarungen.
- diesen Versicherungsbedingungen.
- den gesetzlichen Vorschriften.

1.6.3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit Vertragsende. Das gilt auch für laufende Behandlungen.

Wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wird und Sie den Vertrag nicht als Einzelversicherung fortsetzen, leisten wir noch für weitere 4 Wochen. Das gilt nur für Behandlungen, die bei der Beendigung noch nicht abgeschlossen sind.

2 Allgemeines zu unseren Zahlungen

2.1 Recht auf die Leistungen

Sie als Hauptversicherter haben Anspruch auf die Leistungen. Deshalb wenden sich die Vertragsbedingungen an Sie.

Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.

Sofern Sie Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte abtreten, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

Es ist auch ausreichend, wenn der Abtretungsgläubiger uns die Abtretungsurkunde vorlegt. Abtretungsgläubiger ist die Person, die durch die Abtretung die Forderung auf Versicherungsleistungen erhalten hat. Wir benötigen regelmäßig nicht das Original der Abtretungsurkunde. Vielmehr reicht grundsätzlich etwa eine Kopie, Zweitschrift, ein Scan oder ein Foto von der Urkunde aus.

Solange uns die Abtretung nicht in einer dieser beiden Alternativen angezeigt worden ist, müssen wir nicht an den Abtretungsgläubiger leisten. In diesem Fall können wir die Forderung weiterhin erfüllen, indem wir an Sie leisten.

Diese Vorgaben und Rechtsfolgen ergeben sich aus dem Gesetz. Sie haben keinen Einfluss auf die rechtliche Zulässigkeit oder Wirksamkeit der Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte.

2.2 Nachweise, damit wir zahlen können

Unsere Zahlungen werden nach § 14 Versicherungsvertragsgesetz fällig. Dort ist auch geregelt, wann Sie Abschlagszahlungen von uns verlangen können.

Damit wir zahlen, benötigen wir alle erforderlichen Informationen und Nachweise. Nachweise werden unser Eigentum, wenn wir sie erhalten.

Für das Krankenhaustagegeld ist eine Bescheinigung mit mindestens diesem Inhalt erforderlich:

- Name der behandelten Person.
- Bezeichnung der Krankheit.
- Daten zu Aufnahme, Entlassung und – sofern der Fall – Tagen außerhalb des Krankenhauses.

3 Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten

Sie müssen sich von einem Arzt, den wir beauftragen, untersuchen lassen, wenn wir das verlangen.

Wir müssen nicht oder zum Teil nicht leisten, wenn Sie diese Pflicht verletzen. Das regelt § 28 Absätze 2 bis 3 Versicherungsvertragsgesetz.

4 Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können

4.1 Versicherbarer Personenkreis

Sie sind nach diesem Tarif versicherbar, solange Sie zum versicherbaren Personenkreis gehören. Dieser ist im Gruppenversicherungsvertrag festgelegt. Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden.

5 Beitrag und Beitragsänderungen

5.1 Beitragszahlung

5.1.1 Beitrag

Der Versicherungsnehmer muss einen Monatsbeitrag zahlen. Dieser steht im aktuellen Versicherungsschein. Wir berechnen ihn geschlechtsunabhängig nach den Grundsätzen, die in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt sind.

5.1.2 Zahlungstermine

Der Versicherungsnehmer muss den ersten Beitrag zum Versicherungsbeginn zahlen. Das Datum steht im Versicherungsschein.

Die folgenden Beiträge muss der Versicherungsnehmer immer zum Monatsersten zahlen.

5.1.3 Zahlung per Lastschrift

Ist mit dem Versicherungsnehmer vereinbart, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss er uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen. Wir können verlangen, dass er es in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) erteilt.

5.1.4 Tagesbeitrag

Wir verlangen den Beitrag nur für die Zeit, in der Sie bei uns versichert sind. Wenn Ihre Versicherung nicht am Monatsanfang beginnt oder vor dem Monatsende ausläuft, verlangen wir den Beitrag nur für die Tage dieses Monats, an denen Sie bei uns versichert sind. Als Tagesbeitrag gilt 1/30 des Monatsbeitrags. Wir runden auf volle Cent auf.

5.2 Beitragsänderungen

Wir haben das Recht, den Beitrag während der Vertragslaufzeit anzupassen. Dafür müssen die Voraussetzungen nach § 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz erfüllt sein. Die dafür nötige Gegenüberstellung muss eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergeben.

Wir informieren den Versicherungsnehmer über die Anpassung in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe. Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

6 Weitere Vertragsänderungen

6.1 Ruhen der Versicherung

6.1.1 Ruhen in Zeiten ohne Gehalt

Der Versicherungsnehmer kann Ihre Versicherung ruhend stellen. Das bedeutet:

- Für die Zeit des Ruhens haben Sie keinen Anspruch auf die Leistungen.
- Der Versicherungsnehmer muss für Sie in dieser Zeit keine Beiträge zahlen.

In diesen Fällen, in denen Sie kein Gehalt bekommen, kann Ihre Versicherung ruhen:

- Sie sind durch Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig.
- Sie nehmen Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz.

- Sie pflegen einen nahen Angehörigen nach dem Pflegezeitgesetz.
- Sie sind aus einem anderen Grund von Ihrer Pflicht zur Arbeitsleistung vorübergehend freigestellt („Sabbatical“).

Beginnt die Zeit ohne Gehalt an einem Monatsersten, fängt das Ruhen an diesem Tag an. Entfällt Ihr Gehalt jedoch später, fängt das Ruhen erst mit dem nächsten Monat an.

Ihre Versicherung ruht jeweils für höchstens 36 Monate. Vor Ablauf dieser Frist endet das Ruhen mit dem Monat, in dem die Zeit ohne Gehalt ausläuft.

6.1.2 Fortsetzung nach dem Ruhen

Wenn das Ruhen endet, setzen wir Ihre Versicherung fort. Das bedeutet ab der Fortsetzung:

- Der Versicherungsnehmer muss den dann gültigen Beitrag zahlen.
- Sie erhalten die vereinbarten Leistungen. Tritt der Versicherungsfall während der Ruhenszeit ein, leisten wir dafür ab der Fortsetzung.
- Es gelten die dann gültigen Versicherungsbedingungen.

6.2 Versicherung von Kindern

6.2.1 Neugeborene

Wir versichern Neugeborene ohne Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz. Geburtsschäden und angeborene Krankheiten sind dann auch abgesichert.

Dafür müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ein Elternteil ist am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach seiner Geburt bei uns an.

6.2.2 Adoptivkinder

Wir versichern Adoptivkinder, die bei der Adoption noch keine 18 Jahre alt sind, ohne Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz.

Für ein erhöhtes Risiko können wir einen Risikozuschlag von bis zu 100 Prozent des Monatsbeitrags verlangen. Hierfür gelten unsere Grundsätze für die Risikobewertung.

Für die Nachversicherung müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ein Elternteil ist am Tag der Adoption mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach der Adoption bei uns an.

6.2.3 Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz des Kindes darf nicht höher oder umfassender sein als für den Elternteil, der bei uns versichert ist.

Wenn beide Eltern bei uns versichert sind, ist der insgesamt leistungstärkere Versicherungsschutz die Grenze.

6.3 Änderung der Vertragsbedingungen

Ändern wir die Vertragsbedingungen in den folgenden Fällen, informieren wir den Versicherungsnehmer in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe.

6.3.1 Anpassung

Wir können Vertragsbedingungen anpassen, wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen nicht nur vorübergehend ändern. Das gilt etwa bei der Änderung von Gesetzen, die sich auf unsere Leistungszusage auswirken.

Dazu müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein:

- Die Anpassung ist notwendig, um den Vertrag weiterzuführen.

- Ohne Anpassung wäre es für einen Vertragspartner unzumutbar, an dem Vertrag festzuhalten. Dabei müssen auch die Interessen des anderen Vertragspartners berücksichtigt werden.
- Die neue Regelung berücksichtigt die Belange des Versicherungsnehmers und der versicherten Personen angemessen. Dabei wird das Vertragsziel gewahrt.

Außerdem muss ein unabhängiger Treuhänder diese Voraussetzungen überprüft haben. Er muss bestätigen, dass die Anpassung angemessen ist.

Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

6.3.2 Ersetzung

Wir können Vertragsbedingungen nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz durch neue Regelungen ersetzen. Das gilt etwa, wenn eine Bestimmung höchststrichterlich für unwirksam erklärt wurde.

Die neue Regelung wird 2 Wochen nach unserer Information wirksam.

7 Vertragsende und Fortsetzung

7.1 Kündigung

Wir haben kein ordentliches Kündigungsrecht.

Der Versicherungsnehmer kann folgendermaßen kündigen:

7.1.1 Form und Rechtzeitigkeit sowie Information des Versicherten

Der Versicherungsnehmer muss in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) kündigen. Mündlich oder telefonisch reicht nicht aus.

Wenn der Versicherungsnehmer eine Kündigungsfrist oder Frist für einen Nachweis verpasst, ist die Kündigung unwirksam.

Kündigt der Versicherungsnehmer den Vertrag für einen Versicherten, ist dies nur wirksam, wenn er nachweist, dass der Versicherte davon weiß.

7.1.2 Ordentliche Kündigung

Der Versicherungsnehmer kann die Kündigung auf einzelne versicherte Personen beschränken. Wir müssen die Kündigung spätestens am 30. September des Jahres erhalten, zu dessen Ende er kündigen will.

Der Versicherungsnehmer kann frühestens zum Ende des zweiten Versicherungsjahrs kündigen (2-jährige Mindestlaufzeit). Danach kann er zu jedem Jahresende kündigen. Das Versicherungsjahr haben wir in Ziffer 8.4 geregelt.

7.1.3 Erhöhung von Beitrag sowie Minderung unserer Leistungen

Erhöhen wir den Beitrag, kann der Versicherungsnehmer für die Person kündigen, für die er mehr zahlen muss. Er kann auch für sie kündigen, wenn wir den Umfang des Versicherungsschutzes verringern.

In beiden Fällen gilt:

- Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Monaten erhalten, nachdem wir dem Versicherungsnehmer die Vertragsänderung mitgeteilt haben.
- Die Versicherung endet zu dem Tag, an dem die Vertragsänderung (Beitragserhöhung oder Leistungsänderung) wirksam wird.

7.1.4 Recht auf Gegenkündigung

Wenn wir nur für einzelne Versicherte anfechten, zurücktreten oder außerordentlich kündigen, hat der Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht. Er kann damit die Aufhebung aller Verträge bei uns verlangen. Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Wochen nach unserer Vertragserklärung erhalten.

Wenn wir angefochten haben oder zurückgetreten sind, heben wir die Verträge zum Ende des Monats auf, in dem der Versicherungsnehmer unsere Erklärung erhalten hat. Bei außerordentlicher Kündigung enden die Verträge zu dem Zeitpunkt, zu dem unsere Kündigung wirksam wird.

7.2 Sonstiges Vertragsende

7.2.1 70. Geburtstag

Ihre Versicherung endet mit dem Monat, in dem Sie Ihren 70. Geburtstag haben.

7.2.2 Rentenbeginn

Ihre Versicherung endet zu dem Zeitpunkt, ab dem Sie eine Altersrente beziehen.

7.2.3 Ende des Gruppenversicherungsvertrags

Ihre Versicherung endet mit dem Ende des Gruppenversicherungsvertrags.

7.2.4 Tod

Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie sterben.

7.3 Fortsetzung

7.3.1 Kündigung des Gruppenversicherungsvertrags

Wenn Ihre Versicherung endet, weil die Gruppenversicherung gekündigt wird, können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach § 206 Absatz 4 und § 207 Absatz 2 Satz 3 Versicherungsvertragsgesetz fortsetzen.

7.3.2 Sonstiges Fortsetzungsrecht

Wenn Ihre Versicherung endet, weil Sie

- aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden,
 - 70 Jahre geworden sind oder
 - eine Altersrente beziehen,
- können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Dies müssen Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach dem Ende der Versicherung mitteilen.

Wenn die Einzelversicherung einen höheren oder umfassenden Versicherungsschutz enthält, können wir für diese Mehrleistung besondere Vereinbarungen treffen.

Die bisherige ununterbrochene Versicherungszeit rechnen wir auf die Wartezeiten in der Einzelversicherung an.

8 Sonstige Regelungen

8.1 Offenlegung

Gutachten und Stellungnahmen, die wir besorgt oder angefordert haben, weil wir die Notwendigkeit einer Behandlung prüfen, legen wir auf Wunsch offen. Sie erhalten so Auskunft und können die Unterlagen einsehen.

Den Anspruch haben Sie. An Ihrer Stelle ist Ihr gesetzlicher Vertreter berechtigt, die Offenlegung zu verlangen. Wenn erhebliche Gründe dieser Offenlegung entgegenstehen, kann sie nur ein Arzt oder Rechtsanwalt verlangen.

Wenn wir diese Dokumente von Ihnen anfordern, zahlen wir Ihre Aufwendungen dafür.

8.2 Kosten, die wir abziehen können

Unsere Zahlung auf ein deutsches Konto ist für Sie kostenlos. Unsere Kosten für Auslandszahlungen und für Übersetzungen können wir von unserer Zahlung abziehen.

8.3 Verrechnung von Zahlungen

Sie können gegen unsere Forderungen aufrechnen. Das gilt, soweit Ihr Anspruch unbestritten oder abschließend gerichtlich festgestellt ist.

8.4 Erklärung „Versicherungsjahr“

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Es endet am 31. Dezember desselben Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

8.5 Deutsches Recht

Es gilt deutsches Recht.

8.6 Beschwerdemöglichkeiten

8.6.1 Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler
Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.allianz.de/service/beschwerde/. Sie können Ihre Beschwerde auch an den Versicherungsvermittler richten.

8.6.2 Beschwerde beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Website: www.pkv-ombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. An den Ombudsmann können sich Versicherungsnehmer und Versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag.

8.6.3 Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie oder der Versicherungsnehmer sich auch an diese wenden.

8.6.4 Rechtsweg

Unabhängig von der Beschwerde haben Sie oder der Versicherungsnehmer immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Versicherungsbedingungen für Tarif betriebliche KV Auslandsreise-
Krankenversicherung (kurz: FRP01) - Gruppenversicherung

Inhalt:

1	Versicherte Leistungen	2
1.1	Leistungserbringer	2
1.2	Versicherte Reisen.....	2
1.3	Ambulante Behandlungen.....	2
1.4	Behandlungen im Krankenhaus	3
1.5	Zahnmedizinische Behandlungen	3
1.6	Rücktransporte.....	3
1.7	Überführung aus dem oder Bestattung im Ausland.....	3
1.8	Spezielle Services.....	4
1.9	Leistungsausschlüsse und -reduzierung...	4
1.10	Der Versicherungsfall – Grundlage unserer Leistung	4
1.11	Umfang des Versicherungsschutzes	5
2	Allgemeines zu unseren Zahlungen	5
2.1	Kostenbegriff.....	5
2.2	Zeitpunkt der Kosten	5
2.3	Recht auf die Leistungen.....	5
2.4	Nachweise, damit wir zahlen können	5
2.5	Hier müssen andere zuerst zahlen	6
3	Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten ...	6
4	Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können	6
4.1	Versicherungsfähigkeit	6
4.2	Versicherbarer Personenkreis	6
5	Beitrag und Beitragsänderungen	6
5.1	Beitragszahlung	6
5.2	Beitragsänderungen.....	6
6	Weitere Vertragsänderungen.....	6
6.1	Ruhen der Versicherung	6
6.2	Versicherung von Kindern	6
6.3	Änderung der Vertragsbedingungen.....	7
7	Vertragsende und Fortsetzung.....	7
7.1	Vertragsdauer	7
7.2	Kündigung.....	7
7.3	Sonstiges Vertragsende	7
7.4	Fortsetzung.....	7
8	Sonstige Regelungen	8
8.1	Auskunft und Offenlegung.....	8
8.2	Ausländisches Geld	8
8.3	Kosten, die wir abziehen können.....	8
8.4	Verrechnung von Zahlungen	8
8.5	Erklärung „Versicherungsjahr“	8
8.6	Deutsches Recht.....	8
8.7	Beschwerdemöglichkeiten.....	8

1 Versicherte Leistungen

Wir übernehmen folgende Aufwendungen für medizinische notwendige Leistungen und Gegenstände.

1.1 Leistungserbringer

Versicherte Leistungserbringer	Umfang	Ausnahmen
Leistungserbringer	<p>Sie haben die freie Wahl unter allen Ärzten und Zahnärzten, die im Reiseland zur Ausübung der Heilkunde berechtigt sind.</p> <p>Wenn Sie im Krankenhaus behandelt werden müssen, müssen Sie ein Krankenhaus in Anspruch nehmen, das alle diese Voraussetzungen erfüllt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es ist am nächsten erreichbar und für Ihre Behandlung geeignet. • Es ist im Reiseland allgemein als Krankenhaus anerkannt. • Es hat eine ständige ärztliche Leitung. 	Wir zahlen keine Behandlungen durch Ehepartner, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Wir übernehmen in diesem Fall die Auslagen des Leistungserbringers.

1.2 Versicherte Reisen

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Auslandsreise	<p>Wir zahlen bei Auslandsreisen. Als Auslandsreisen gelten nicht Reisen in Deutschland sowie Reisen in dem Land, in dem Sie wohnen.</p> <p>Versichert sind nur Reisen, die Sie nach dem Versicherungsbeginn antreten.</p>	
Dauer	Sie sind während der ersten 8 Wochen (56 Tage) jeder Auslandsreise versichert. Wenn Sie aus medizinischen Gründen länger behandelt werden müssen, zahlen wir, bis Sie gesundheitlich bedingt wieder zurückreisen können.	

1.3 Ambulante Behandlungen

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Ärztliche Leistungen - 100 Prozent.	Wir erstatten die Kosten für ärztliche Leistungen. Dazu gehören auch die notwendigen Reisekosten des Arztes.	
Arznei- und Verbandmittel - 100 Prozent.	<p>Wir erstatten die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arzneimittel. • Verbandmittel. <p>Wir erstatten auch die Kosten für medikamenten-ähnliche Nahrungsmittel.</p>	<p>Diese Mittel müssen von einem versicherten Leistungserbringer verordnet sein. Zudem müssen Sie Arzneimittel bei einer Stelle kaufen, die diese mit amtlicher Erlaubnis vertreibt (etwa Apotheke).</p> <p>Das Nahrungsmittel erstatten wir nur, wenn Sie es aus medizinischen Gründen benötigen, um schwere gesundheitliche Schäden zu vermeiden.</p>
Heilmittel - 100 Prozent.	<p>Wir erstatten die Kosten für:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inhalationen. • Krankengymnastik und Übungsbehandlungen (einschließlich Logopädie und Ergotherapie). • Massagen. • Hydrotherapie und Packungen. • Wärmebehandlungen. • Elektrotherapie. • Lichttherapie. • medizinische Bäder. 	Das Heilmittel muss ein in eigener Praxis tätiger Arzt erbringen. Wir zahlen auch die Behandlung durch einen staatlich anerkannten Physiotherapeuten, wenn sie ärztlich verordnet ist.

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Transporte - 100 Prozent.	Wir erstatten die Kosten, wenn Sie zur Erstversorgung beim Arzt oder im Krankenhaus transportiert werden müssen.	Der Arzt oder das Krankenhaus müssen am nächsten erreichbar sein.

1.4 Behandlungen im Krankenhaus

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Ärztliche Leistungen - 100 Prozent.	Wir erstatten die Kosten für ärztliche Leistungen.	
Krankenhaus-Leistungen - 100 Prozent.	Wir erstatten die Kosten für die Krankenhaus-Leistungen einschließlich: • Krankenpflege. • Unterkunft. • Verpflegung.	
Transporte - 100 Prozent.	Wir erstatten die Kosten, wenn Sie ins Krankenhaus transportiert werden müssen.	Das Krankenhaus muss am nächsten erreichbar und für Ihre Behandlung geeignet sein.

1.5 Zahnmedizinische Behandlungen

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Zahnbehandlung und Zahnersatz-Reparaturen - 100 Prozent.	Wir erstatten die Kosten für: • schmerzstillende Zahnbehandlung. • Füllungen in einfacher Ausführung. • Reparaturen von Inlays und Zahnersatz einschließlich Kronen und Teilkronen.	

1.6 Rücktransporte

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Rücktransporte - 100 Prozent.	Wir erstatten die Kosten, wenn Sie aus dem Reiseland an Ihren Wohnsitz oder in das von dort nächsterreichbare Krankenhaus transportiert werden müssen. Wir ziehen die ursprünglichen Rückreise-Kosten nicht ab.	Soweit es medizinisch möglich ist, müssen Sie das kostengünstigste Transportmittel nehmen.

1.7 Überführung aus dem oder Bestattung im Ausland

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Überführung oder Bestattung - 100 Prozent.	Beim Tod im Ausland erstatten wir die unmittelbaren Kosten für die Überführung an den Wohnort. Als Wohnort gilt, wo Sie sich vor der Auslandsreise gewöhnlich aufgehalten haben. Wir ziehen die ursprünglichen Rückreise-Kosten nicht ab. Bei Bestattung im Ausland erstatten wir die unmittelbaren Kosten dafür.	

1.8 Spezielle Services

Unsere Zahlung	Leistungsumfang	Besondere Voraussetzungen
Spezielle Services	<p>Im Versicherungsfall erhalten Sie auf Wunsch diese Services:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wir sind das ganze Jahr 24 Stunden pro Tag telefonisch für Sie erreichbar. • Wir nennen Kliniken im Ausland. • Bis zu 10.000 Euro garantieren wir dem Krankenhaus, was wir zahlen. Wir überweisen direkt an das Krankenhaus und seine Ärzte. • Wir versenden Medikamente und Blutkonserven. • Wir organisieren Ihren Kranken-Rücktransport. • Im Todesfall organisieren wir das Nötige, damit Sie im Ausland bestattet oder nach Hause überführt werden. 	

1.9 Leistungsausschlüsse und -reduzierung

Grund	Ausschluss	Erläuterungen
Reisen zum Zweck der Behandlung	Wir zahlen nicht, wenn Sie ins Ausland reisen, um sich dort auch untersuchen und behandeln zu lassen.	
Vorhersehbare Behandlungen oder Untersuchungen	Wir leisten nicht, wenn Sie behandelt oder untersucht werden und das nach ärztlicher Diagnose vor der Reise vorhersehbar war. Wir leisten aber, wenn Sie ins Ausland reisen, weil dort Ihr Ehe- oder Lebenspartner, einer Ihrer Eltern oder Ihr Kind gestorben ist.	
Geistige und seelische Erkrankungen	Wir zahlen keine Behandlungen wegen geistiger oder seelischer Störungen und Erkrankungen. Wir zahlen auch keine Hypnose und Psychotherapie.	
Innere Unruhen oder Krieg	Wir zahlen nicht, wenn Sie an inneren Unruhen aktiv teilnehmen und dadurch oder durch vorhersehbare Kriegsereignisse verletzt werden oder sterben. Wir zahlen aber, wenn das deutsche Auswärtige Amt vor Beginn der Reise nicht gewarnt hat.	Terroristische Anschläge sind keine Kriegsereignisse.
Entwöhnung	Wir zahlen nicht, wenn Sie ausschließlich wegen einer Entwöhnung behandelt werden.	Eine Entwöhnung ist eine Behandlung, die darauf abzielt, den Patienten aus der Bindung an Drogen, Alkohol oder andere Suchtmittel zu lösen.
Kur, Sanatoriums-Behandlung und Reha	Wir zahlen keine Kur- und Sanatoriums-Behandlung. Wir übernehmen auch keine Reha-Maßnahmen.	Kuren und Sanatoriumsbehandlung sind Maßnahmen, die typischerweise der Erhaltung der Gesundheit dienen (etwa Badekuren).
Behandlung in einem Heilbad oder Kurort	Wenn Sie in einem Heilbad oder Kurort behandelt werden, zahlen wir nur, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist: <ul style="list-style-type: none"> • Sie erkranken akut oder werden wegen eines dort eingetretenen Unfalls behandelt. • Sie werden zahnärztlich behandelt. 	
Übermaßbehandlung und zu hohe Rechnungen	Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Dafür muss eine Übermaß-Behandlung vorliegen oder eine unangemessen hohe Vergütung verlangt werden.	Eine Übermaß-Behandlung ist eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, die das medizinisch notwendige Maß übersteigt.

1.10 Der Versicherungsfall – Grundlage unserer Leistung

Versicherungsfall	Beschreibung	Erläuterungen
Behandlung bei Krankheit	Damit wir leisten, müssen Sie im Ausland krank	Medizinisch notwendig bedeutet: Die

<p>oder Unfallfolgen im Ausland sowie weitere Versicherungsfälle</p>	<p>werden oder verunfallen. Sie befinden sich deswegen in einer Heilbehandlung, die medizinisch notwendig ist.</p> <p>Wir leisten auch in diesen Fällen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sie werden wegen Schwangerschaftsbeschwerden, die vor der Reise nicht vorhersehbar waren, medizinisch notwendig untersucht oder behandelt. • Sie werden wegen einer Früh- oder Fehlgeburt, die vor der Reise nicht vorhersehbar war, medizinisch notwendig untersucht, behandelt oder von Ihrem Kind entbunden. • Es wird ein Schwangerschafts-Abbruch wegen eines Notfalls durchgeführt. • Tod. 	<p>Behandlung eignet sich für den Behandlungserfolg. Und sie ist erforderlich. Beides muss man zum Zeitpunkt der Behandlung bejahen können – nach objektiven medizinischen Kriterien und wissenschaftlichen Erkenntnissen.</p>
<p>Beginn und Ende</p>	<p>Der Versicherungsfall beginnt, wenn Sie sich wegen der Krankheit oder des Unfalls erstmals behandeln oder untersuchen lassen. Das gilt auch, wenn noch keine oder keine richtige Diagnose existiert. Der Versicherungsfall endet, wenn Sie aus medizinischen Gründen keine Behandlung mehr benötigen.</p> <p>Ein neuer Versicherungsfall beginnt, wenn Sie während der Behandlung auch wegen einer anderen Krankheit oder Unfallfolge behandelt werden müssen. Das setzt voraus, dass die Krankheit oder Unfallfolge mit der bereits behandelten nicht zusammenhängt.</p>	

1.11 Umfang des Versicherungsschutzes

1.11.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt ohne Wartezeiten zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn der Versicherungsnehmer den ersten Beitrag pünktlich zahlt. Zahlt er diesen erst später, startet der Versicherungsschutz erst, wenn wir den Beitrag erhalten haben.

Für Versicherungsfälle vor Beginn des Versicherungsschutzes leisten wir nicht.

1.11.2 Bestandteile des Vertrags

Der Vertrag setzt sich zusammen aus:

- dem Versicherungsschein.
- den schriftlichen Vereinbarungen.
- diesen Versicherungsbedingungen.
- den gesetzlichen Vorschriften.

1.11.3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit Vertragsende. Das gilt auch für laufende Behandlungen.

Wenn der Gruppenversicherungsvertrag beendet wird und Sie den Vertrag nicht als Einzelversicherung fortsetzen, leisten wir noch für weitere 4 Wochen. Das gilt nur für Behandlungen, die bei der Beendigung noch nicht abgeschlossen sind.

2 Allgemeines zu unseren Zahlungen

2.1 Kostenbegriff

Wir erstatten nur die Kosten, zu deren Zahlung Sie aus dem Vertrag mit dem Leistungserbringer verpflichtet sind (Aufwendungen). Das heißt: Wir erstatten keine Kosten, die Ihnen aus nicht berechtigten Ansprüchen Dritter entstehen.

2.2 Zeitpunkt der Kosten

Wenn es darauf ankommt, wann Ihnen Kosten entstanden sind, ist das Datum entscheidend, an dem Sie behandelt

worden sind oder eine Leistung bezogen haben. Das ist wichtig etwa beim Vertragsende.

2.3 Recht auf die Leistungen

Sie als Hauptversicherter haben Anspruch auf die Leistungen. Deshalb wenden sich die Vertragsbedingungen an Sie.

Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.

Sofern Sie Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte abtreten, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.

Es ist auch ausreichend, wenn der Abtretungsgläubiger uns die Abtretungsurkunde vorlegt. Abtretungsgläubiger ist die Person, die durch die Abtretung die Forderung auf Versicherungsleistungen erhalten hat. Wir benötigen regelmäßig nicht das Original der Abtretungsurkunde. Vielmehr reicht grundsätzlich etwa eine Kopie, Zweitschrift, ein Scan oder ein Foto von der Urkunde aus.

Solange uns die Abtretung nicht in einer dieser beiden Alternativen angezeigt worden ist, müssen wir nicht an den Abtretungsgläubiger leisten. In diesem Fall können wir die Forderung weiterhin erfüllen, indem wir an Sie leisten.

Diese Vorgaben und Rechtsfolgen ergeben sich aus dem Gesetz. Sie haben keinen Einfluss auf die rechtliche Zulässigkeit oder Wirksamkeit der Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte.

2.4 Nachweise, damit wir zahlen können

Unsere Zahlungen werden nach § 14 Versicherungsvertragsgesetz fällig. Dort ist auch geregelt, wann Sie Abschlagszahlungen von uns verlangen können.

Damit wir zahlen, benötigen wir alle erforderlichen Informationen und Nachweise. Nachweise werden unser Eigentum, wenn wir sie erhalten.

Solche Nachweise sind vor allem Rechnungen (auch unbezahlte). Sie erfordern mindestens diesen Inhalt:

- Name der behandelten Person.
- Bezeichnung der Krankheit.
- Art der Leistungen.
- Behandlungs- oder Kaufdaten.

Wenn Sie die Rechnung schon woanders eingereicht haben, benötigen wir die Angaben über die Zahlung des anderen Kostenträgers.

2.5 Hier müssen andere zuerst zahlen

Wenn Sie Ansprüche gegen einen anderen Kostenträger haben, gehen diese unserer Zahlung vor. Andere Kostenträger sind:

- gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung.
- gesetzliche Heil- oder Unfallfürsorge.

Wenn Sie es wünschen, zahlen wir auch als Erster. Dafür müssen Sie uns Ihren Anspruch gegen den anderen Kostenträger abtreten, soweit wir zahlen.

3 Ihre vertraglichen Verhaltenspflichten

Sie müssen sich von einem Arzt, den wir beauftragen, untersuchen lassen, wenn wir das verlangen.

Wir müssen nicht oder zum Teil nicht leisten, wenn Sie diese Pflicht verletzen. Das regelt § 28 Absätze 2 bis 3 Versicherungsvertragsgesetz.

4 Voraussetzungen, damit Sie versichert sein können

4.1 Versicherungsfähigkeit

Sie sind nach diesem Tarif versicherbar, solange Sie Anspruch aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung haben. Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie diese Voraussetzung nicht mehr erfüllen.

4.2 Versicherbarer Personenkreis

Sie müssen außerdem zum versicherbaren Personenkreis gehören. Dieser ist im Gruppenversicherungsvertrag festgelegt. Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden.

5 Beitrag und Beitragsänderungen

5.1 Beitragszahlung

5.1.1 Beitrag

Der Versicherungsnehmer muss einen Monatsbeitrag zahlen. Dieser steht im aktuellen Versicherungsschein. Wir berechnen ihn geschlechtsunabhängig nach den Grundsätzen, die in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt sind.

5.1.2 Zahlungstermine

Der Versicherungsnehmer muss den ersten Beitrag zum Versicherungsbeginn zahlen. Das Datum steht im Versicherungsschein.

Die folgenden Beiträge muss der Versicherungsnehmer immer zum Monatsersten zahlen.

5.1.3 Zahlung per Lastschrift

Ist mit dem Versicherungsnehmer vereinbart, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss er uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen. Wir können verlangen, dass er es in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) erteilt.

5.1.4 Tagesbeitrag

Wir verlangen den Beitrag nur für die Zeit, in der Sie bei uns versichert sind. Wenn Ihre Versicherung nicht am Monatsanfang beginnt oder vor dem Monatsende ausläuft, verlangen wir den Beitrag nur für die Tage dieses Monats, an denen Sie bei uns versichert sind. Als Tagesbeitrag gilt 1/30 des Monatsbeitrags. Wir runden auf volle Cent auf.

5.2 Beitragsänderungen

Wir haben das Recht, den Beitrag während der Vertragslaufzeit anzupassen. Dafür vergleichen wir zumindest jährlich die erforderlichen mit den kalkulierten Versicherungsleistungen. Wenn diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergibt, überprüfen wir den Beitrag und passen diesen, soweit erforderlich, an. Das gilt nicht, wenn sich die Versicherungsleistungen nur vorübergehend verändern.

Wir informieren den Versicherungsnehmer über die Anpassung in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maßgeblichen Gründe. Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

6 Weitere Vertragsänderungen

6.1 Ruhen der Versicherung

6.1.1 Ruhen in Zeiten ohne Gehalt

Der Versicherungsnehmer kann Ihre Versicherung ruhend stellen. Das bedeutet:

- Für die Zeit des Ruhens haben Sie keinen Anspruch auf die Leistungen.
- Der Versicherungsnehmer muss für Sie in dieser Zeit keine Beiträge zahlen.

In diesen Fällen, in denen Sie kein Gehalt bekommen, kann Ihre Versicherung ruhen:

- Sie sind durch Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig.
- Sie nehmen Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz.
- Sie pflegen einen nahen Angehörigen nach dem Pflegezeitgesetz.
- Sie sind aus einem anderen Grund von Ihrer Pflicht zur Arbeitsleistung vorübergehend freigestellt („Sabbatical“).

Beginnt die Zeit ohne Gehalt an einem Monatsersten, fängt das Ruhen an diesem Tag an. Entfällt Ihr Gehalt jedoch später, fängt das Ruhen erst mit dem nächsten Monat an.

Ihre Versicherung ruht jeweils für höchstens 36 Monate. Vor Ablauf dieser Frist endet das Ruhen mit dem Monat, in dem die Zeit ohne Gehalt ausläuft.

6.1.2 Fortsetzung nach dem Ruhen

Wenn das Ruhen endet, setzen wir Ihre Versicherung fort. Das bedeutet ab der Fortsetzung:

- Der Versicherungsnehmer muss den dann gültigen Beitrag zahlen.
- Sie erhalten die vereinbarten Leistungen. Tritt der Versicherungsfall während der Ruhenszeit ein, leisten wir dafür ab der Fortsetzung.
- Es gelten die dann gültigen Versicherungsbedingungen.

6.2 Versicherung von Kindern

6.2.1 Neugeborene

Wir versichern Neugeborene ohne Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz. Geburtsschäden und angeborene Krankheiten sind dann auch abgesichert.

Dafür müssen diese 2 Voraussetzungen erfüllt sein:

- Ein Elternteil ist am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert.

- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach seiner Geburt bei uns an.

6.2.2 Adoptivkinder

Wir versichern Adoptivkinder, die bei der Adoption noch keine 18 Jahre alt sind, ohne Leistungsausschlüsse und Wartezeiten nach § 198 Absatz 2 Versicherungsvertrags-gesetz.

Für ein erhöhtes Risiko können wir einen Risikozuschlag von bis zu 100 Prozent des Monatsbeitrags verlangen. Hierfür gelten unsere Grundsätze für die Risikobewertung.

Für die Nachversicherung müssen diese 2 Voraussetzun-gen erfüllt sein:

- Ein Elternteil ist am Tag der Adoption mindestens 3 Monate bei uns versichert.
- Sie melden das Kind innerhalb von 2 Monaten nach der Adoption bei uns an.

6.2.3 Umfang des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz des Kindes darf nicht höher oder umfassender sein als für den Elternteil, der bei uns versich-ert ist.

Wenn beide Eltern bei uns versichert sind, ist der insge-samt leistungstärkere Versicherungsschutz die Grenze.

6.3 Änderung der Vertragsbedingungen

Ändern wir die Vertragsbedingungen in den folgenden Fällen, informieren wir den Versicherungsnehmer in Text-form (etwa Brief, Fax, E-Mail) und nennen ihm die maß-geblichen Gründe.

6.3.1 Anpassung

Wir können Vertragsbedingungen anpassen, wenn sich die Verhältnisse im Gesundheitswesen nicht nur vorüberge-hend ändern. Das gilt etwa bei der Änderung von Geset-zen, die sich auf unsere Leistungszusage auswirken.

Dazu müssen diese Voraussetzungen alle erfüllt sein:

- Die Anpassung ist notwendig, um den Vertrag weiterzu-führen.
- Ohne Anpassung wäre es für einen Vertragspartner unzumutbar, an dem Vertrag festzuhalten. Dabei müssen auch die Interessen des anderen Vertragspartners be-rücksichtigt werden.
- Die neue Regelung berücksichtigt die Belange des Ver-sicherungsnehmers und der versicherten Personen an-gemessen. Dabei wird das Vertragsziel gewahrt.

Außerdem muss ein unabhängiger Treuhänder diese Voraussetzungen überprüft haben. Er muss bestätigen, dass die Anpassung angemessen ist.

Die Anpassung wird mit Anfang des zweiten Monats nach unserer Information wirksam.

6.3.2 Ersetzung

Wir können Vertragsbedingungen nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz durch neue Regelungen ersetzen. Das gilt etwa, wenn eine Bestimmung höchstrichterlich für unwirksam erklärt wurde.

Die neue Regelung wird 2 Wochen nach unserer Informa-tion wirksam.

7 Vertragsende und Fortsetzung

7.1 Vertragsdauer

Der Vertrag läuft immer ein Versicherungsjahr. Wenn er nicht gekündigt wird, verlängert er sich jeweils um ein neues Versicherungsjahr. Das Versicherungsjahr haben wir in Ziffer 8.5 geregelt.

7.2 Kündigung

7.2.1 Form und Rechtzeitigkeit sowie Information des Versicherten

Eine Kündigung muss in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail) erklärt werden. Mündlich oder telefonisch reicht nicht aus.

Wird eine Kündigungsfrist oder Frist für einen Nachweis verpasst, ist die Kündigung unwirksam.

Kündigt der Versicherungsnehmer den Vertrag für einen Versicherten, ist dies nur wirksam, wenn er nachweist, dass der Versicherte davon weiß.

7.2.2 Ordentliche Kündigung

Der Versicherungsnehmer und wir können zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs kündigen. Das Versiche-rungsjahr haben wir in Ziffer 8.5 geregelt. Die Frist für die Kündigung beträgt einen Monat.

7.2.3 Erhöhung von Beitrag sowie Minderung unserer Leistungen

Erhöhen wir den Beitrag, kann der Versicherungsnehmer für die Person kündigen, für die er mehr zahlen muss. Er kann auch für sie kündigen, wenn wir den Umfang des Versicherungsschutzes verringern.

In beiden Fällen gilt:

- Wir müssen die Kündigung innerhalb von 2 Monaten erhalten, nachdem wir dem Versicherungsnehmer die Vertragsänderung mitgeteilt haben.
- Die Versicherung endet zu dem Tag, an dem die Ver-tragsänderung (Beitragserhöhung oder Leistungsminde-rung) wirksam wird.

7.2.4 Recht auf Gegenkündigung

Wenn wir nur für einzelne Versicherte anfechten, zurück-treten oder kündigen, hat der Versicherungsnehmer ein Kündigungsrecht. Er kann damit die Aufhebung aller Ver-träge bei uns verlangen. Wir müssen die Kündigung inner-halb von 2 Wochen nach unserer Vertragserklärung erhal-ten.

Wenn wir angefochten haben oder zurückgetreten sind, heben wir die Verträge zum Ende des Monats auf, in dem der Versicherungsnehmer unsere Erklärung erhalten hat. Bei Kündigung enden die Verträge zu dem Zeitpunkt, zu dem unsere Kündigung wirksam wird.

7.3 Sonstiges Vertragsende

7.3.1 70. Geburtstag

Ihre Versicherung endet mit dem Monat, in dem Sie Ihren 70. Geburtstag haben.

7.3.2 Rentenbeginn

Ihre Versicherung endet zu dem Zeitpunkt, ab dem Sie eine Altersrente beziehen.

7.3.3 Ende des Gruppenversicherungsvertrags

Ihre Versicherung endet mit dem Ende des Gruppenversi-cherungsvertrags.

7.3.4 Tod

Ihre Versicherung endet mit dem Tag, an dem Sie sterben.

7.4 Fortsetzung

7.4.1 Kündigung des Gruppenversicherungsver-trags

Wenn Ihre Versicherung endet, weil die Gruppenversiche-rung gekündigt wird, können Sie den Vertrag zu den Be-dingungen der Einzelversicherung nach § 206 Absatz 4 und § 207 Absatz 2 Satz 3 Versicherungsvertragsgesetz fortsetzen.

Versicherungsbedingungen Tarif betriebliche KV Auslandsreise-Krankenversicherung (FRP01)

Wenn nach der Einzelversicherung nur Personen versicherbar sind, die bei uns eine Krankheitskosten-Vollversicherung (§ 146 Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz) abgeschlossen haben, gilt diese Voraussetzung bei der Fortsetzung nicht.

7.4.2 Sonstiges Fortsetzungsrecht

Wenn Ihre Versicherung endet, weil Sie

- aus dem versicherbaren Personenkreis ausscheiden,
- 70 Jahre geworden sind oder
- eine Altersrente beziehen,

können Sie den Vertrag zu den Bedingungen der Einzelversicherung fortsetzen. Dies müssen Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach dem Ende der Versicherung mitteilen.

Wenn nach der Einzelversicherung nur Personen versicherbar sind, die bei uns eine Krankheitskosten-Vollversicherung (§ 146 Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz) abgeschlossen haben, gilt diese Voraussetzung bei der Fortsetzung nicht.

Wenn die Einzelversicherung einen höheren oder umfassenden Versicherungsschutz enthält, können wir für diese Mehrleistung besondere Vereinbarungen treffen.

Die bisherige ununterbrochene Versicherungszeit rechnen wir auf die Wartezeiten in der Einzelversicherung an.

8 Sonstige Regelungen

8.1 Auskunft und Offenlegung

8.1.1 Auskunft vor Behandlungsbeginn

Wenn eine Behandlung ansteht, die mehr als 2.000 Euro kosten soll, können Sie davor folgende Auskunft von uns erhalten:

Wir nennen Ihnen den Umfang unserer Zahlung und begründen das in Textform (etwa Brief, Fax, E-Mail). Wenn Sie uns einen Kostenvoranschlag oder andere Unterlagen gegeben haben, gehen wir auch darauf ein.

Grundsätzlich informieren wir Sie spätestens innerhalb von 4 Wochen. Wenn die Behandlung aber eilt, geben wir Ihnen die Auskunft spätestens nach 2 Wochen. Diese Fristen beginnen, sobald wir Ihre Anfrage erhalten.

Wenn wir die 2- oder 4-wöchige Frist nicht einhalten, wird vermutet, dass die Behandlung medizinisch notwendig ist. Das gilt so lange, bis wir das Gegenteil beweisen.

8.1.2 Offenlegung von Unterlagen

Gutachten und Stellungnahmen, die wir besorgt oder angefordert haben, weil wir die Notwendigkeit einer Behandlung prüfen, legen wir auf Wunsch offen. Sie erhalten so Auskunft und können die Unterlagen einsehen.

Den Anspruch haben Sie. An Ihrer Stelle ist Ihr gesetzlicher Vertreter berechtigt, die Offenlegung zu verlangen. Wenn erhebliche Gründe dieser Offenlegung entgegenstehen, kann sie nur ein Arzt oder Rechtsanwalt verlangen.

Wenn wir diese Dokumente von Ihnen anfordern, zahlen wir Ihre Aufwendungen dafür.

8.2 Ausländisches Geld

Wir rechnen ausländische Währungen in Euro um. Dafür gilt der Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Gibt es keinen Wechselkurs für Ihre Währung, rechnen wir zum aktuellen Kurs nach der "Devisenkurs-Statistik" um (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank).

Wir rechnen zu dem Tageskurs um, an dem wir Ihre Belege erhalten. Wenn Sie das Geld zu einem schlechteren

Kurs erworben haben, nehmen wir diesen. Bitte legen Sie uns dazu Ihren Bankbeleg vor.

8.3 Kosten, die wir abziehen können

Unsere Zahlung auf ein deutsches Konto ist für Sie kostenlos. Unsere Kosten für Auslandszahlungen und für Übersetzungen können wir von unserer Zahlung abziehen.

8.4 Verrechnung von Zahlungen

Sie können gegen unsere Forderungen aufrechnen. Das gilt soweit Ihr Anspruch unbestritten oder abschließend gerichtlich festgestellt ist.

8.5 Erklärung „Versicherungsjahr“

Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Es endet am 31. Dezember desselben Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre entsprechen dem jeweiligen Kalenderjahr.

8.6 Deutsches Recht

Es gilt deutsches Recht.

8.7 Beschwerdemöglichkeiten

8.7.1 Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler

Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte gerne an uns. Weitere Informationen hierzu sowie Kontaktmöglichkeiten finden Sie unter www.allianz.de/service/beschwerde/. Sie können Ihre Beschwerde auch an den Versicherungsvermittler richten.

8.7.2 Beschwerde beim Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Sie haben auch die Möglichkeit, ein Beschwerdeverfahren beim Ombudsmann der Privaten Kranken- und Pflegeversicherung durchzuführen (Anschrift: Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Website: www.pkv-ombudsmann.de). Wir nehmen am Streitbelegungsverfahren vor dieser Schlichtungsstelle teil. An den Ombudsmann können sich Versicherungsnehmer und Versicherte mit Beschwerden über ihren privaten Kranken- und Pflegeversicherer oder Beschwerden über den Versicherungsvermittler im Zusammenhang mit der Vermittlung von Versicherungsverträgen wenden. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag.

8.7.3 Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Website: www.bafin.de. Im Fall einer Beschwerde können Sie oder der Versicherungsnehmer sich auch an diese wenden.

8.7.4 Rechtsweg

Unabhängig von der Beschwerde haben Sie oder der Versicherungsnehmer immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Inhalt:

1 Recht auf Beitragsbefreiung 2

 1.1 Beitragsbefreiung in Zeiten ohne Gehalt.. 2

 1.2 Dauer der Beitragsbefreiung 2

2 Kennzeichnung der Tarife 2

**3 Geltung der übrigen
Versicherungsbedingungen..... 2**

1 Recht auf Beitragsbefreiung

1.1 Beitragsbefreiung in Zeiten ohne Gehalt

Der Versicherungsnehmer kann eine vorübergehende Beitragsbefreiung für Ihre Versicherung verlangen. Das bedeutet:

- Der Versicherungsnehmer muss für Sie in dieser Zeit keine Beiträge zahlen.
- Sie behalten in dieser Zeit aber Ihren vollen Anspruch auf die Leistungen.

Die Beitragsbefreiung für Ihre Krankheitskosten-Versicherung kann in diesen Fällen vereinbart werden, in denen Sie kein Gehalt bekommen:

- Sie sind durch Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig.
- Sie nehmen Elternzeit nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz.
- Sie pflegen einen nahen Angehörigen nach dem Pflegezeitgesetz.
- Sie sind aus einem anderen Grund von Ihrer Pflicht zur Arbeitsleistung vorübergehend freigestellt („Sabbatical“).

Die Beitragsbefreiung für Ihre Krankentagegeld-Versicherung kann nur für Zeiten vereinbart werden, in denen Sie kein Gehalt bekommen, weil Sie durch Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig sind.

1.2 Dauer der Beitragsbefreiung

Beginnt die Zeit ohne Gehalt an einem Monatsersten, muss der Beitrag ab diesem Tag nicht mehr bezahlt werden. Entfällt Ihr Gehalt jedoch später, gilt die Beitragsbefreiung erst ab dem nächsten Monat.

Die Beitragsbefreiung für Ihre Versicherung kann für jeweils höchstens 36 Monate verlangt werden. Vor Ablauf dieser Frist endet die Beitragsbefreiung mit dem Monat, in dem die Zeit ohne Gehalt ausläuft. Der Versicherungsnehmer muss ab dem nächsten Monat den dann gültigen Beitrag zahlen.

2 Kennzeichnung der Tarife

Wir kennzeichnen die Tarife mit der Möglichkeit zur Beitragsbefreiung im Versicherungsschein mit „B“.

3 Geltung der übrigen Versicherungsbedingungen

Diese Ergänzung gilt zusammen mit den Versicherungsbedingungen für Ihre Versicherung.

Für Tarife, für die das Recht auf Beitragsbefreiung vereinbart ist, kann aber nicht das Ruhen der Versicherung verlangt werden.