Versicherungsbedingungen Private Krankenversicherung

Die Versicherungsbedingungen für die Private Krankenversicherung gelten für die Bausteine, die Sie bei uns - Allianz Private Krankenversicherungs-AG - abgeschlossen haben. Die Versicherungsbedingungen wenden sich an Sie als Versicherungsnehmer und unseren Vertragspartner. Diese setzen sich aus den Regelungen für den bei uns abgeschlossenen Baustein (Teil A) sowie den Baustein übergreifenden Regelungen in den Teilen B und C zusammen.

Wenn Sie den Baustein im Rahmen eines Gruppenversicherungsvertrags oder Kollektivvertrags abgeschlossen haben, gelten zusätzlich die Besonderen Regelungen für Gruppenversicherung- und Kollektivverträge. Diese finden Sie im Anschluss an die Erläuterung von Fachausdrücken.

Wenn Sie mit uns mehrere Verträge unterhalten, können für einzelne Verträge andere Versicherungsbedingungen vereinbart sein. Für diese Verträge gelten die Versicherungsbedingungen Private Krankenversicherung nicht.

Teil A - Leistungsbausteine

Hier finden Sie die besonderen Regelungen zu den Bausteinen, die Sie bei uns abgeschlossen haben (Ziffer 1 Allgemeine Regelungen zum Baustein, Ziffer 2 Tarifbedingungen und - wenn vereinbart - Ziffer 3 Sonderbedingungen). Sie erfahren insbesondere, welche Leistungen wir erbringen und in welchen Fällen die Leistung ausgeschlossen oder eingeschränkt ist. Daneben werden unter anderem die besonderen Verhaltensregeln beschrieben, die in Bezug auf den jeweiligen Baustein beachtet werden müssen (besondere Obliegenheiten).

Übergreifende Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine gelten, sowie Regelungen zu den Folgen von Pflicht- und Obliegenheitsverletzungen finden Sie in Teil B - Private Krankenversicherung.

Teil B - Pflichten für alle Bausteine

Private Krankenversicherung

Hier finden Sie die übergreifenden Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine aus Teil A gelten. Geregelt werden auch die Folgen von Pflicht- und Obliegenheitsverletzungen.

Im Einzelnen befinden sich hier folgende Regelungen:

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht
2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung
3. Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzungen

Welche besonderen Obliegenheiten in Bezug auf den jeweiligen Baustein beachtet werden müssen, finden Sie in Teil A.

Teil C - Allgemeine Regelungen

Private Krankenversicherung

Hier befindet sich die allgemeine Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

Im Einzelnen befinden sich hier folgende Regelungen:

1. Beginn des Versicherungsschutzes
2. Versicherung für fremde Rechnung
3. Deutsches Recht
4. Beschwerdemöglichkeiten
5. Zuständiges Gericht
6. Verjährung
7. Aufrechnung

Erläuterung von Fachausdrücken

Wir haben uns bemüht, die Versicherungsbedingungen so verständlich wie möglich zu formulieren und auf Fachausdrücke so weit wie möglich zu verzichten. Nicht jeder Fachausdruck kann durch einen Begriff aus dem allgemeinen Sprachgebrauch ersetzt werden. Für unvermeidliche Fachausdrücke finden Sie daher im Anschluss an Ihre Versicherungsbedingungen Erläuterungen.

Fachausdrücke, die dort erläutert werden, haben wir im Text mit einem "→" markiert.

Beispiel: "→Schriftform"

Baustein Krankheitskosten-Versicherung

Im Baustein Krankheitskosten-Versicherung bieten wir Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse und erbringen, falls vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall ersetzen wir Aufwendungen für Heilbehandlungen und erbringen, falls vereinbart, weitere Leistungen.

Unter Ziffer 1 finden Sie die Allgemeinen Regelungen zum Baustein Krankheitskosten-Versicherung. Diese gelten grundsätzlich unabhängig vom jeweils gewählten Tarif dieses Bausteins. Wenn eine Regelung nur für bestimmte Tarife dieses Bausteins gilt, haben wir dies im Text vermerkt. Welche zusätzlichen Regelungen speziell für den vereinbarten Tarif gelten, können Sie den Tarifbedingungen unter Ziffer 2 entnehmen. Sonderbedingungen für einen Tarif dieses Bausteins werden unter Ziffer 3 wiedergegeben, wenn diese mit Ihnen vereinbart worden sind.

Wenn Sie einen Tarif dieses Bausteins im Rahmen eines →Gruppenversicherungsvertrags oder →Kollektivvertrags abgeschlossen haben, gelten dafür zusätzlich die Besonderen Regelungen für Gruppenversicherungs- und Kollektivverträge.

1. Allgemeine Regelungen zum Baustein

1.1 Regelungen zum Versicherungsfall und zum Versicherungsschutz

Inhalt dieses Abschnitts:

1.1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?
1.1.2 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?
1.1.3 Welche Wartezeiten müssen verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?
1.1.4 Unter welchen Voraussetzungen rechnen wir zu Versicherungsbeginn eine Vorversicherungszeit auf die Wartezeiten an?
1.1.5 Für welche Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir teilweise?
1.1.6 Wie hoch ist die Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten?
1.1.7 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?
1.1.8 Was gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland?
1.1.9 Wann endet der Versicherungsschutz?

1.1.1 Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

(1) Versicherungsfall
Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung der →versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

Als Versicherungsfall gelten auch
- Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch, wenn dies in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) geregelt ist,
- medizinisch notwendige ambulante Vorsorge-Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten sowie
- Tod, soweit hierfür in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) Leistungen vereinbart worden sind.

(2) Beginn und Ende des Versicherungsfalls
Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn die →versicherte Person nach medizinischem Befund nicht mehr behandlungsbedürftig ist. Wenn die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden muss, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

(3) Einschränkungen in den Tarifbedingungen
In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) kann geregelt sein, dass der Versicherungsfall für einen Tarif allein die medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Unfallfolgen ist. In diesem Fall können dort für den Tarif weitere Abweichungen von den Absätzen 1 und 2 gelten.

1.1.2 Woraus ergibt sich der Umfang des Versicherungsschutzes?

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus
- dem Versicherungsschein,
- den →schriftlichen Vereinbarungen,
- den Versicherungsbedingungen für Ihre private Krankenversicherung (Regelungen für diesen Baustein - Teil A - sowie Baustein übergreifende Regelungen in den Teilen B und C),
- den gesetzlichen Vorschriften zum Versicherungsrecht und
- den sonstigen gesetzlichen Vorschriften.

Art und Höhe der Versicherungsleistungen sowie die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse ergeben sich aus den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2).

1.1.3 Welche Wartezeiten müssen verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

(1) Allgemeine Wartezeit
Die allgemeine Wartezeit beträgt 3 Monate. Sie entfällt
- bei Unfällen;
- für den Ehegatten einer mindestens seit 3 Monaten →versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb von 2 Monaten nach der Eheschließung beantragt wird.

(2) Besondere Wartezeiten
Die besonderen Wartezeiten betragen 8 Monate und gelten für
- Entbindung,
- Psychotherapie,
- Zahnbehandlung,
- Zahnersatz und
- Kieferorthopädie.

Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten.

(3) Beginn der Wartezeiten
Die Wartezeiten beginnen mit dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

(4) Erlass der Wartezeiten
Die Wartezeiten können erlassen werden, wenn Sie uns über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person ein ärztliches Zeugnis vorlegen. Dieses muss auf unserem hierfür vorgesehenen Formular verfasst sein und uns innerhalb von 14 Tagen vorliegen, nachdem Sie den Abschluss der Tarife dieses Bausteins für diese Person beantragt haben. Die Kosten für dieses ärztliche Zeugnis müssen Sie tragen. Wenn Sie die Frist nach Satz 2 nicht einhalten, gilt der Antrag für den Abschluss mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

(5) Wartezeiten bei Erweiterung des Versicherungsschutzes
Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gelten die Wartezeitenregelungen auch für die Erweiterung.

(6) Regelungen in den Tarifbedingungen
In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) kann geregelt sein, dass die Wartezeiten nicht gelten.

1.1.4 Unter welchen Voraussetzungen rechnen wir zu Versicherungsbeginn eine Vorversicherungszeit auf die Wartezeiten an?

(1) Versicherungszeit aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder Heilfürsorge
Wir rechnen bei Personen, die
- aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder
- aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge

ausgeschieden sind (Vorversicherung), die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten des für sie als →substitutive Krankenversicherung abgeschlossenen Tarifs dieses Bausteins an.

Die Anrechnung setzt voraus, dass
- der für diese Person abgeschlossene Tarif dieses Bausteins spätestens 2 Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt worden ist und
- der beantragte Versicherungsschutz für diese Person im unmittelbaren Anschluss an die Vorversicherung beginnen soll.

(2) Versicherungszeit aus einer privaten Krankenversicherung bei einem anderen Versicherer
Wir rechnen bei Personen, die aus einer →substitutiven Krankheitskosten-Versicherung bei einem anderen Versicherer ausgeschieden sind (Vorversicherung), die nachweislich in der Vorversicherung ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten des für sie als substitutive Krankenversicherung abgeschlossenen Tarifs dieses Bausteins an.

Die Anrechnung setzt voraus, dass
- der für diese Person abgeschlossene Tarif dieses Bausteins spätestens 2 Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt worden ist und
- der beantragte Versicherungsschutz für diese Person im unmittelbaren Anschluss an die Vorversicherung beginnen soll.

1.1.5 Für welche Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir teilweise?

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes (siehe Teil C Ziffer 1) eingetreten sind oder unter den Voraussetzungen von Teil B Ziffer 2.2 Absatz 1 b) wegen Verzugs mit dem Erstbeitrag vom Versicherungsschutz ausgenommen sind, leisten wir grundsätzlich nicht. Im Rahmen dieses Bausteins erbringen wir in diesen Fällen - soweit in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) nicht etwas anderes geregelt ist - jedoch teilweise Leistungen. Dabei gilt Folgendes:

(1) Versicherungsfälle, die zwischen dem Abschluss eines Tarifs nach diesem Baustein und dem Beginn des Versicherungsschutzes eintreten
Bei Versicherungsfällen, die nach Abschluss eines Tarifs dieses Bausteins, aber vor Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, leisten wir für den Teil des Versicherungsfalls, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt (siehe Teil C Ziffer 1 Absatz 3).

(2) Versicherungsfälle, die während eines Verzugs mit dem Erstbeitrag eintreten
Bei Versicherungsfällen, die während eines Verzugs mit dem Erstbeitrag eintreten, leisten wir für den Teil des Versicherungsfalls, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt (siehe Teil B Ziffer 2.2 Absatz 1 b) Satz 2).

1.1.6 Wie hoch ist die Gesamterstattung bei mehreren Erstattungsverpflichteten?

Wenn die →versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete hat, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

1.1.7 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?

(1) Versicherungsschutz in Europa
Versicherungsschutz besteht in allen europäischen Ländern.

(2) Versicherungsschutz außerhalb Europas
Der Versicherungsschutz kann durch eine gesonderte Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (siehe aber Ziffer 1.1.8 Absatz 2).

Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Wenn es medizinisch notwendig ist, die →versicherte Person über den Zeitraum, der durch
- die Allgemeinen Regelungen zum Baustein und Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) oder
- eine besondere Vereinbarung

festgelegt worden ist, medizinisch zu behandeln und eine Rückreise ihre Gesundheit gefährden würde, verlängert sich der Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, aber längstens für 2 weitere Monate.

1.1.8 Was gilt bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland?

(1) Verlegung innerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums
Wenn die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in
- einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder
- einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum verlegt,

bleibt die versicherte Person nach den für sie abgeschlossenen Tarifen dieses Bausteins bei uns versichert. Voraussetzung ist, dass sie weiterhin nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) versicherungsfähig ist. Andernfalls enden insoweit die Tarife dieses Bausteins.

Wenn die betroffene Person bei uns versichert bleibt, sind wir jedoch höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einem Aufenthalt in Deutschland erbringen müssten, es sei denn, in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) ist etwas anderes geregelt.

(2) Verlegung in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums

a) Beendigung der Tarife (Grundsatz)
Wenn die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums verlegt, gilt Folgendes:

Die für sie abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins enden, es sei denn, es wird eine Fortsetzung nach Absatz b) vereinbart.

Wenn keine Fortsetzung nach Absatz b) vereinbart wird, können Sie von uns verlangen, dass die für die versicherte Person abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarife in Form einer →Anwartschaftsversicherung fortgesetzt werden.

b) Fortsetzung der Tarife mit Anspruch auf Leistungen

aa) Grundsatz
Die Krankheitskosten-Tarife können durch gesonderte Vereinbarung fortgesetzt werden. In diesem Fall sind wir berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag zu verlangen.

Die Höhe dieses Zuschlags ist von dem Land abhängig, in das die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt verlegt. Sie müssen den Zuschlag nicht weiter zahlen, sobald die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in die Europäische Union oder den Europäischen Wirtschaftsraum zurückverlegt.

bb) Besonderheit bei substitutiver Krankheitskosten-Versicherung
Soweit die Tarife dieses Bausteins für die →versicherte Person als →substitutive Krankenversicherung bestanden haben, haben Sie

das Recht, von uns die Fortsetzung dieser Tarife zu verlangen. Dieses Recht besteht für eine Fortsetzung von höchstens 5 ununterbrochenen Jahren. Dazu müssen Sie den Antrag auf Fortsetzung stellen, bevor die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt verlegt. In diesem Fall werden wir Ihren Antrag annehmen, können aber für die Fortsetzung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

Die Höhe dieses Zuschlags ist von dem Land abhängig, in das die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt verlegt. Sie müssen den Zuschlag nicht weiter zahlen, sobald die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in die Europäische Union oder den Europäischen Wirtschaftsraum zurückverlegt.

Nach Beendigung der vereinbarten Fortsetzung können die Krankheitskosten-Tarife nach Absatz aa) erneut fortgesetzt werden.

1.1.9 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz nach diesem Baustein oder einem Tarif dieses Bausteins endet für die →versicherte Person - auch für →schwebende Versicherungsfälle - zu dem Zeitpunkt, zu dem der Baustein oder der Tarif endet.

1.2 Fälligkeit und Abrechnung unserer Leistungen, Ihr besonderer Auskunftsanspruch und das Recht auf Offenlegung

Inhalt dieses Abschnitts:

1.2.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?
1.2.2 Welche Nachweise sind erforderlich?
1.2.3 An wen können wir die Leistung erbringen?
1.2.4 Wie rechnen wir in ausländischer Währung entstandene Kosten um?
1.2.5 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?
1.2.6 Welches Recht auf vorherige Auskunft haben Sie, wenn eine Behandlung mit höheren Kosten verbunden ist?
1.2.7 Welches Recht auf Offenlegung besteht bei Gutachten und Stellungnahmen und wer muss solche Unterlagen bezahlen?

1.2.1 Wann werden unsere Leistungen fällig?

(1) Fälligkeit unserer Leistungen
Wir erbringen unsere Leistungen, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Dies setzt voraus, dass uns die hierzu erforderlichen Nachweise (siehe Ziffer 1.2.2) vorliegen. Diese werden unser Eigentum.

(2) Ihr Anspruch auf Abschlagszahlung bei Geldleistungen
Wenn unsere Erhebungen nicht innerhalb eines Monats nach Anzeige des Versicherungsfalls abgeschlossen sind, können Sie Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den wir voraussichtlich mindestens zahlen müssen. Verzögern sich jedoch unsere Erhebungen durch Ihr Verschulden, verlängert sich die Monatsfrist entsprechend.

1.2.2 Welche Nachweise sind erforderlich?

(1) Nachweise
Nachweise im Sinne von Ziffer 1.2.1 Absatz 1 sind insbesondere Originalrechnungen. Die Rechnungen - auch unbezahlte - müssen als Original erkennbar sein, den gesetzlichen Vorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten:
- Name der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheit,
- Art der Leistungen und
- die Behandlungs- oder die Bezugsdaten.

(2) Nachweis für ersatzweises Krankenhaustagegeld
Wenn Sie ersatzweise Krankenhaustagegeld geltend machen, ist als Nachweis eine Bescheinigung über die stationäre Heilbehandlung einzureichen. Die Bescheinigung muss insbesondere folgende Angaben enthalten:
- Name der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheit,
- das Datum der Aufnahme und der Entlassung sowie
- Daten eventueller Beurlaubungstage.

(3) Nachweise bei anderweitigem Leistungsanspruch
Besteht anderweitig ein Leistungsanspruch für denselben Versicherungsfall und wird dieser zuerst geltend gemacht, so genügen als Nachweis mit Erstattungsvermerken versehene Rechnungskopien.

1.2.3 An wen können wir die Leistung erbringen?

Wir leisten an Sie oder denjenigen, der die erforderlichen Nachweise einreicht. Wenn wir begründete Zweifel an der Legitimation des Überbringers haben, werden wir nur an Sie leisten.

1.2.4 Wie rechnen wir in ausländischer Währung entstandene Kosten um?

In ausländischer Währung entstandene Kosten rechnen wir zum Kurs desjenigen Tages in Euro um, an dem die Belege bei uns eingehen. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank.

Bei Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt Folgendes:
- Wir rechnen die Kosten zum jeweils aktuellen Kurs gemäß "Devisenkursstatistik" (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank) in Euro um.
- Wenn die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben worden sind und dies durch Bankbeleg nachgewiesen wird, werden die Kosten zu diesem Kurs in Euro umgerechnet.

1.2.5 Was gilt für Überweisungs- und Übersetzungskosten?

Die Überweisung der Versicherungsleistungen ist für Sie kostenfrei, wenn Sie uns ein Inlandskonto benennen. Die Kosten für Überweisungen auf Konten im Ausland sowie für die Übersetzung von Rechnungen und Bescheinigungen können von den Leistungen abgezogen werden.

1.2.6 Welches Recht auf vorherige Auskunft haben Sie, wenn eine Behandlung mit höheren Kosten verbunden ist?

Wenn eine Heilbehandlung bevorsteht, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro übersteigen werden, gilt Folgendes:

(1) Ihr Recht auf schriftliche Auskunft
Sie erhalten von uns Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung.

Sie können die Auskunft vor Beginn der Behandlung verlangen. Wir geben Ihnen diese in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) und begründen sie. Wenn wir zu der Behandlung einen Kostenvoranschlag oder andere Unterlagen erhalten haben, gehen wir in unserer Auskunft auch darauf ein.

Grundsätzlich informieren wir Sie spätestens nach 4 Wochen. Wenn die Heilbehandlung aber dringend durchgeführt werden muss, geben wir Ihnen die Auskunft unverzüglich - jedoch spätestens nach 2 Wochen. Diese Fristen beginnen jeweils, sobald Ihre Anfrage bei uns eingegangen ist.

(2) Unser Fristversäumnis
Wir setzen alles daran, Ihnen die Auskunft innerhalb der Fristen nach Absatz 1 zu geben. Wenn uns das einmal nicht gelingt und wir die 2- oder 4-wöchige Frist nicht einhalten, wird vermutet, dass die beabsichtigte Heilbehandlung medizinisch notwendig ist. Das gilt so lange, bis wir beweisen, dass die Heilbehandlung nicht medizinisch notwendig ist.

1.2.7 Welches Recht auf Offenlegung besteht bei Gutachten und Stellungnahmen und wer muss solche Unterlagen bezahlen?

(1) Recht auf Auskunft und Einsichtnahme (Offenlegung)
Wir legen Gutachten und Stellungnahmen (Unterlagen) offen. Die Offenlegung erfolgt durch Auskunft an und Einsichtnahme durch die berechtigte Person (siehe dazu Absatz 2).

Die Offenlegung setzt voraus, dass wir die Unterlage eingeholt haben, weil wir unsere Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung prüfen.

(2) Berechtigte Personen
Die Offenlegung kann nur von der Person geltend gemacht werden, auf die sich die Unterlage bezieht (betroffene Person). An ihrer Stelle kann dies auch ihr gesetzlicher Vertreter verlangen.

Unter dieser Voraussetzung legen wir folgenden Personen die Unterlage offen:
- der →versicherten Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter. Das gilt nicht, wenn dieser Offenlegung erhebliche therapeutische oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen.
- einem uns benannten Arzt oder Rechtsanwalt.

(3) Unsere Kostentragung
Wenn wir die Unterlage selbst einholen, tragen wir die Kosten. Wenn Sie das Gutachten oder die Stellungnahme eingeholt haben, weil wir das verlangt haben, ersetzen wir Ihnen die dafür entstandenen Aufwendungen.

1.3 Besondere Obliegenheiten

Inhalt dieses Abschnitts:

1.3.1 **Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalls beachtet werden?**
1.3.2 **Welche weiteren Obliegenheiten müssen beachtet werden?**
1.3.3 **Wo sind die Rechtsfolgen von Obliegenheitsverletzungen geregelt?**
1.3.4 **Unter welchen Voraussetzungen gehen Ansprüche gegen Dritte auf uns über und welche Obliegenheiten müssen dabei beachtet werden?**

1.3.1 Welche Obliegenheiten müssen nach Eintritt des Versicherungsfalls beachtet werden?

Nach Eintritt des Versicherungsfalls müssen folgende →Obliegenheiten beachtet werden:

(1) Erteilung von Auskünften
Sie sind verpflichtet, uns auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die erforderlich ist, um festzustellen,
- ob ein Versicherungsfall vorliegt oder
- ob wir leistungspflichtig und in welcher Höhe wir leistungspflichtig sind.

(2) Ärztliche Untersuchung
Die →versicherte Person ist verpflichtet, sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(3) Schadenminderung
Die →versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(4) Leistungsanspruch aus anderen privaten Krankenversicherungsverträgen
Wenn Sie im Versicherungsfall auch aus anderen privaten Krankenversicherungsverträgen eine Leistung beanspruchen können, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. In der Mitteilung ist der andere Versicherer anzugeben.

1.3.2 Welche weiteren Obliegenheiten müssen beachtet werden?

In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) können weitere besondere →Obliegenheiten geregelt sein. Übergreifende Obliegenheiten, die für alle Bausteine gelten, finden Sie in Teil B.

1.3.3 Wo sind die Rechtsfolgen von Obliegenheitsverletzungen geregelt?

Die Rechtsfolgen einer Verletzung von →Obliegenheiten nach Ziffer 1.3.1 sowie nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) ergeben sich aus Teil B Ziffer 3. Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir ganz oder teilweise leistungsfrei sein sowie ein Kündigungsrecht haben.

1.3.4 Unter welchen Voraussetzungen gehen Ansprüche gegen Dritte auf uns über und welche Obliegenheiten müssen dabei beachtet werden?

(1) Übergang von Ersatzansprüchen
Wenn Ihnen ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zusteht, geht dieser Anspruch bis zu der Höhe auf uns über, in der wir den Schaden ersetzen. Der Übergang kann nicht zu Ihrem Nachteil geltend gemacht werden.

Wenn sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person richtet, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den übergegangenen Anspruch gegen diese Person nur geltend machen, wenn sie den Schaden vorsätzlich verursacht hat.

(2) Ihre Obliegenheiten im Zusammenhang mit Ersatzansprüchen
Sie müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften wahren. Das bedeutet beispielsweise, dass Sie über den Anspruch oder ein ihn sicherndes Recht nicht durch Abtretung, Verzicht, Erlass oder Vergleich verfügen dürfen. Auch dürfen Sie die Realisierung des Anspruchs nicht durch bloßes Untätigbleiben verhindern.

Nachdem der Anspruch auf uns übergegangen ist, müssen Sie uns ferner bei der Durchsetzung des Anspruchs unterstützen, soweit dies erforderlich ist.

(3) Folgen von Obliegenheitsverletzungen
Abweichend von Teil B Ziffer 3 gilt bei Verletzung der →Obliegenheiten nach Absatz 2 Folgendes:
Wenn Sie die genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet, als wir aufgrund Ihrer Obliegenheitsverletzung von dem Dritten keinen Ersatz erlangen können.

Wenn Sie die genannten Obliegenheiten grob fahrlässig verletzen und wir deshalb von dem Dritten keinen Ersatz verlangen können, sind wir berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere Ihres Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

(4) Übergang von Bereicherungsansprüchen
Wenn Sie an einen Leistungserbringer
- ohne rechtlichen Grund eine Vergütung gezahlt haben und
- Ihnen deshalb gegen den Leistungserbringer ein Anspruch auf Rückzahlung zusteht,

geht dieser Anspruch insoweit auf uns über, als wir diese Vergütung ersetzt haben. Die Absätze 2 und 3 gelten entsprechend.

(5) Ansprüche der versicherten Person
Die Absätze 1 bis 4 gelten entsprechend, wenn die Ersatzansprüche oder die Bereicherungsansprüche der →versicherten Person zustehen.

1.4 Nachrangige Leistungspflicht bei Ansprüchen gegen gesetzliche Leistungsträger

Wie ist das Rangverhältnis, wenn auch gesetzliche Leistungsträger in Anspruch genommen werden können?

(1) Nachrangige Leistungspflicht
Wenn die →versicherte Person im Versicherungsfall
- Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder Rentenversicherung,
- Heilfürsorge oder Unfallfürsorge

beanspruchen kann, gehen diese Ansprüche unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die trotz dieser gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben. Ansprüche auf ersatzweises Krankenhaustagegeld bleiben bestehen.

(2) Pflicht zur Abtretung des Anspruchs
Wenn wir in Vorleistung treten, ist der Leistungsanspruch gegen den gesetzlichen Leistungsträger an uns →schriftlich abzutreten. Diese Verpflichtung besteht bis zur Höhe der von uns geleisteten Erstattung.

(3) Weitere Fälle einer nachrangigen Leistungspflicht
In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) können weitere Fälle geregelt sein,
- in denen wir nur nachrangig zur Leistung verpflichtet sind und
- eine Verpflichtung besteht, an uns den Leistungsanspruch abzutreten, wenn wir in Vorleistung getreten sind.

1.5 Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte

Können Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?

(1) Unpfändbarkeit von Zahlungsansprüchen
Ansprüche auf Versicherungsleistungen in Geld sind nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften nicht pfändbar.

(2) Pflicht, uns eine Abtretung anzuzeigen
Sofern eine Abtretung von Ansprüchen auf Versicherungsleistungen an Dritte erfolgt, 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.

(3) Card für Privatversicherte
Die bestimmungsgemäße Verwendung der →"Card für Privatversicherte" müssen Sie uns nicht anzeigen.
Absatz 2 gilt insoweit nicht.

1.6 Beitrag und Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:
1.6.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?
1.6.2 Wie wird der Beitrag berechnet?
1.6.3 Ab wann müssen Sie den Beitrag für die nächst höhere Altersstufe zahlen?
1.6.4 In welchen Fällen können wir den Beitrag nur anteilig verlangen?
1.6.5 Was gilt für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung?
1.6.6 Was gilt nach dem Gesetz, wenn Sie den Abschluss einer Krankheitskosten-Versicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dient, verspätet beantragen?
1.6.7 Wo finden Sie weitere Regelungen zur Beitragszahlung?

1.6.1 Woraus ergibt sich der zu zahlende Beitrag?

Der monatlich zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem jeweils gültigen Versicherungsschein.

1.6.2 Wie wird der Beitrag berechnet?

(1) Grundlagen der Beitragsberechnung
Die Beiträge werden nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und den in unseren →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen berechnet.

(2) Berücksichtigung persönlicher Faktoren bei Änderung der Beiträge

a) Krankheitskosten-Tarife der Produktgruppe UNI
Wenn Sie bei uns einen Krankheitskosten-Tarif der →Produktgruppe UNI abgeschlossen haben, gilt für diesen Tarif Folgendes:

Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der →versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem →Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine →Alterungsrückstellung gemäß den in unseren →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung unserer Leistungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

b) Sonstige Krankheitskosten-Tarife
Wenn Sie bei uns einen Krankheitskosten-Tarif abgeschlossen haben, der nicht der →Produktgruppe UNI angehört, gilt für diesen Tarif Folgendes:

Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der →versicherten Person berücksichtigt. Dabei wird dem →Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine →Alterungsrückstellung gemäß den in unseren →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung unserer Leistungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

(3) Risikozuschläge bei Änderung der Beiträge
Bei einer Änderung der Beiträge können wir auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Leistungsausschluss oder Risikozuschlag bei Erweiterung des Versicherungsschutzes
Wenn Sie den Versicherungsschutz erweitern und ein erhöhtes Risiko bei der →versicherten Person vorliegt, können wir für die Erweiterung des Versicherungsschutzes nach unseren für die Risikobewertung maßgeblichen Grundsätzen einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag verlangen.

1.6.3 Ab wann müssen Sie den Beitrag für die nächst höhere Altersstufe zahlen?

Nach Ablauf des Monats, in dem die →versicherte Person 16 Jahre oder 21 Jahre alt geworden ist, müssen Sie den Beitrag zahlen, der im Tarif für die nächst höhere Altersstufe vorgesehen ist. In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) und, falls vereinbart, in den

Sonderbedingungen (Teil A Ziffer 3) können abweichende Altersstufen geregelt sein.

Wenn sich der Beitrag erhöht, können Sie den betroffenen Tarif dieses Bausteins unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 4 kündigen.

1.6.4 In welchen Fällen können wir den Beitrag nur anteilig verlangen?

(1) Kindernachversicherung
Für den Monat, in dem die Versicherung von Neugeborenen oder Adoptivkindern nicht am Monatsersten beginnt, können wir für die betroffene →versicherte Person den Beitrag nur anteilig für jeden versicherten Tag verlangen.

(2) Todesfall
Für den Monat, in dem die →versicherte Person an einem Tag stirbt, der nicht der letzte Tag des Monats ist, können wir für diese Person den Beitrag nur anteilig für jeden versicherten Tag verlangen.

(3) Vorzeitige Vertragsbeendigung
Wenn ein Tarif dieses Bausteins vorzeitig beendet wird, können wir - soweit das Gesetz nicht etwas anderes bestimmt - nur den Teil des Beitrags verlangen, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

Eine Ausnahme besteht insbesondere, wenn wir wegen einer Verletzung Ihrer Anzeigepflicht vom Vertrag zurücktreten oder ihn wegen arglistiger Täuschung anfechten. In diesen Fällen müssen Sie den Beitrag bis zu dem Zeitpunkt zahlen, zu dem Ihnen unsere Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zugeht.

Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, weil Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben, können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(4) Berechnung des Tagesbeitrags
Als Tagesbeitrag gilt jeweils 1/30 des zu zahlenden Monatsbeitrags. Bei der Berechnung des Tagesbeitrags wird jeweils auf volle Cent aufgerundet.

1.6.5 Was gilt für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung?

(1) Verwendung der angesammelten Beträge
Die in der →Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zugunsten der Versicherten angesammelten Beträge können - neben den gesetzlichen Vorschriften - insbesondere wie folgt verwendet werden:
- als Barausschüttung (in Form einer Auszahlung oder Gutschrift),
- zur Leistungserhöhung,
- zur Beitragssenkung,
- als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen oder
- in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstands (Verlustabdeckung).

(2) Entscheidung über die Verwendung
Über Art, Umfang und Zeitpunkt der Verwendung sowie über die Festlegung der berechtigten Tarife und der teilnahmeberechtigten Personen entscheidet unser Vorstand.

(3) Zustimmung des Treuhänders
Nach den gesetzlichen Vorschriften muss ein unabhängiger →Treuhänder der Verwendung der Mittel aus der →Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zustimmen.

1.6.6 Was gilt nach dem Gesetz, wenn Sie den Abschluss einer Krankheitskosten-Versicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dient, verspätet beantragen?

(1) Beitragszuschlag wegen Nichtversicherung
Wenn Sie den Abschluss einer Krankheitskosten-Versicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dient, später als einen Monat beantragen, nachdem die Pflicht zur Versicherung entstanden ist, müssen Sie einen Beitragszuschlag für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zahlen.

(2) Höhe des Beitragszuschlags
Der Beitragszuschlag nach Absatz 1 bemisst sich wie folgt:
- Ab dem zweiten Monat der Nichtversicherung beträgt der Beitragszuschlag für jeden angefangenen Monat der Nichtversicherung einen Monatsbeitrag.
- Ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung beträgt der Beitragszuschlag für jeden angefangenen Monat der Nichtversicherung 1/6 des Monatsbeitrags.

(3) Ermittlung der Dauer der Nichtversicherung
Wenn wir die Dauer der Nichtversicherung nicht ermitteln können, gehen wir davon aus, dass die →versicherte Person mindestens 5 Jahre nicht versichert war. Zeiten, die vor dem 1. Januar 2009 liegen, berücksichtigen wir aber nicht.

(4) Fälligkeit und Stundung des Beitragszuschlags
Sie müssen den Beitragszuschlag einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zahlen. Sie können die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn unseren Interessen durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann.

Der gestundete Betrag wird verzinst.

1.6.7 Wo finden Sie weitere Regelungen zur Beitragszahlung?

Die übergreifenden Pflichten zur Beitragszahlung, die für alle Bausteine gelten, sowie die Regelungen zu den Folgen einer Pflichtverletzung finden Sie in Teil B.

1.7 Unsere Rechte zur Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung, Risikozuschlag und Versicherungsbedingungen

1.7.1 Unser Recht zur Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag

Inhalt dieses Abschnitts:
1.7.1.1 Unter welchen Voraussetzungen werden der Beitrag, eine Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst, wenn der Tarif zur Produktgruppe UNI gehört?
1.7.1.2 Unter welchen Voraussetzungen werden bei sonstigen Tarifen der Beitrag, eine Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst?

1.7.1.1 Unter welchen Voraussetzungen werden der Beitrag, eine Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst, wenn der Tarif zur Produktgruppe UNI gehört?

Wenn Sie bei uns einen Krankheitskosten-Tarif der →Produktgruppe UNI abgeschlossen haben, gilt für diesen Tarif Folgendes für die Anpassung des Beitrags, einer Selbstbeteiligung und eines vereinbarten Risikozuschlags:

(1) Anpassung bei Änderung der Versicherungsleistungen
Wenn sich die Versicherungsleistungen verändern, passen wir den Beitrag während der Vertragslaufzeit an. Für die Anpassung müssen die Voraussetzungen nach § 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) erfüllt sein.

Die Anpassung erfolgt für jede →Beobachtungseinheit eines Tarifs getrennt. Kinder und Jugendliche sind zu einer Beobachtungseinheit zusammengefasst. Für die Anpassung muss die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen für die jeweilige Beobachtungseinheit eine Abweichung von

mehr als 5 Prozent ergeben. In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) kann ein höherer Prozentsatz vereinbart sein.

Bei einer Beitragsanpassung können auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend angepasst werden.

(2) Anpassung bei Änderung der Sterbewahrscheinlichkeiten
Wenn sich die Sterbewahrscheinlichkeiten verändern, passen wir den Beitrag während der Vertragslaufzeit an. Für die Anpassung müssen die Voraussetzungen nach § 203 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) erfüllt sein.

Die Anpassung erfolgt für jede →Beobachtungseinheit eines Tarifs getrennt. Kinder und Jugendliche sind zu einer Beobachtungseinheit zusammengefasst. Für die Anpassung muss die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten für die jeweilige Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 5 Prozent ergeben.

Bei einer Beitragsanpassung können auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend angepasst werden.

(3) Wirksamwerden einer Anpassung von Beitrag, Selbstbeteiligung und Risikozuschlag
Wir werden Sie in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) über
- die Anpassung des Beitrags, einer betragsmäßig festgelegten Selbstbeteiligung und eines vereinbarten Risikozuschlags sowie
- die für die Anpassung maßgeblichen Gründe

informieren. Die Anpassungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Information folgt.

(4) Ihr Kündigungsrecht
Wenn wir nach Absatz 1 oder Absatz 2 den Beitrag, eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung oder einen vereinbarten Risikozuschlag erhöhen, haben Sie unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 5 ein Kündigungsrecht.

1.7.1.2 Unter welchen Voraussetzungen werden bei sonstigen Tarifen der Beitrag, eine Selbstbeteiligung und ein vereinbarter Risikozuschlag angepasst?

Wenn Sie bei uns einen Krankheitskosten-Tarif abgeschlossen haben, der nicht der →Produktgruppe UNI angehört, gilt für diesen Tarif Folgendes für die Anpassung des Beitrags, einer Selbstbeteiligung und eines vereinbarten Risikozuschlags:

(1) Voraussetzungen
Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Leistungen ändern, zum Beispiel wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung.

Dementsprechend vergleichen wir zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den →technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Wenn die Gegenüberstellung zu den Versicherungsleistungen für eine →Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergibt, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des →Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 Prozent können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden. Wenn die Gegenüberstellung zu den Sterbewahrscheinlichkeiten für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 Prozent ergibt, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.

Bei einer Beitragsanpassung kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (Ziffer 1.8.2 Absatz 5) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (Ziffer 1.8.3 Absatz 4) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

(2) Wirksamwerden einer Beitragsanpassung oder Änderung von Selbstbeteiligung und Risikozuschlag
Wir werden Sie in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) über eine Beitragsanpassung sowie eine Änderung einer Selbstbeteiligung und eines vereinbarten Risikozuschlags informieren. Sie werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Information folgt.

(3) Ihr Kündigungsrecht
Wenn wir nach Absatz 1 den Beitrag, eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung oder einen vereinbarten Risikozuschlag erhöhen, können Sie den betroffenen Tarif dieses Bausteins unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 5 kündigen.

1.7.2 Unser Recht zur Anpassung der Versicherungsbedingungen

Unter welchen Voraussetzungen können wir die Versicherungsbedingungen ändern?

(1) Anpassung mit Zustimmung des Treuhänders
Die Versicherungsbedingungen einschließlich der zugehörigen Preis- und Leistungsverzeichnisse können nach § 203 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) mit Zustimmung eines unabhängigen →Treuhänders angepasst werden.

(2) Ersetzen der Versicherungsbedingungen
Die Versicherungsbedingungen einschließlich der zugehörigen Preis- und Leistungsverzeichnisse können nach § 203 Absatz 4 in Verbindung mit § 164 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) durch neue Regelungen ersetzt werden.

(3) Wirksamwerden der Änderungen
Wir werden Sie über eine Anpassung nach Absatz 1 in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) informieren. Die Anpassung wird zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf diese Information folgt.

Wir werden Sie über eine Ersetzung nach Absatz 2 ebenfalls in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) informieren. Die Ersetzung wird 2 Wochen nach dieser Information wirksam.

(4) Ihr Kündigungsrecht
Wenn wir nach Absatz 1 unsere Leistungen mindern, können Sie den betroffenen Tarif unter den Voraussetzungen von Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 5 kündigen.

1.8 Ihre Rechte zum Tarifwechsel, zur Kindernachversicherung und Anpassung des Versicherungsschutzes

Inhalt dieses Abschnitts:

1.8.1 **Welchen Anspruch auf Tarifwechsel haben Sie (Grundsatz)?**
1.8.2 **Welche Besonderheiten gelten für den Wechsel in den Standardtarif?**
1.8.3 **Welches Recht auf Wechsel in den Basistarif haben Sie?**
1.8.4 **Welche Besonderheiten gelten für die Nachversicherung von Kindern?**
1.8.5 **Wie können Sie den Versicherungsschutz bei Änderung des Beihilfeanspruchs anpassen?**
1.8.6 **Wo finden Sie weitere Regelungen zur Umstellung des Versicherungsschutzes in einen anderen Tarif?**

1.8.1 Welchen Anspruch auf Tarifwechsel haben Sie (Grundsatz)?

Sie sind berechtigt, den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz nach den Voraussetzungen und mit

den Rechtsfolgen des § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zu verlangen.

Ein Wechsel in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) ist ausgeschlossen.

Für einen Wechsel in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie gilt Ziffer 1.8.2 und Ihr Anspruch auf Wechsel in den Basistarif (§ 152 Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG) ist in Ziffer 1.8.3 geregelt.

1.8.2 Welche Besonderheiten gelten für den Wechsel in den Standardtarif?

(1) Voraussetzungen für den Wechsel in den Standardtarif
Sie können verlangen, dass die →versicherte Person in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechselt, wenn
- die für sie bestehende →substitutive Krankheitskosten-Versicherung vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen worden ist und
- sie die in § 257 Absatz 2a Nummern 2, 2a und 2b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung genannten Voraussetzungen erfüllt.

Der Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden (Krankheitskosten-Tarif der →Produktgruppe UNI), in den Standardtarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

Nach Nummer 1 Absatz 5 der Tarifbedingungen für den Standardtarif darf für die versicherte Person neben dem Standardtarif keine weitere Krankheitskostenteil- oder Krankheitskosten-Vollversicherung bestehen.

(2) Zeitpunkt des Wechsels
Der Wechsel ist jederzeit möglich, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllt sind.

(3) Risikozuschlag bei Mehrleistungen
Wenn die Leistungen im Standardtarif höher oder umfassender sind als im bisherigen Tarif dieses Bausteins, können wir für die Mehrleistung einen angemessenen Risikozuschlag verlangen.

(4) Beginn der Versicherung im Standardtarif
Die Versicherung im Standardtarif beginnt am ersten Tag des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Wechsel beantragt worden ist.

(5) Zuschlag für die Beitragsgarantie im Standardtarif
Zur Gewährleistung der Beitragsgarantie wird der in den →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben.

1.8.3 Welches Recht auf Wechsel in den Basistarif haben Sie?

(1) Voraussetzungen für den Wechsel in den Basistarif
Sie können verlangen, dass die →versicherte Person in den Basistarif (§ 152 Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz - VAG) mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechselt, wenn entweder
- die für sie bestehende →substitutive Krankheitskosten-Versicherung erstmals nach dem 31. Dezember 2008 abgeschlossen worden ist,
- sie 55 Jahre alt geworden ist,
- sie noch nicht 55 Jahre alt geworden ist, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat,
- sie ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder
- sie hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) ist.

Der Wechsel aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden (Krankheitskosten-Tarif der →Produktgruppe UNI), in den Basistarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

(2) Zeitpunkt des Wechsels
Der Wechsel ist jederzeit möglich, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind.

(3) Beginn der Versicherung im Basistarif
Die Versicherung im Basistarif beginnt am ersten Tag des Monats, der auf den Monat folgt, in dem der Wechsel beantragt worden ist.

(4) Zuschlag für die Beitragsbegrenzung im Basistarif
Zur Gewährleistung der Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit im Basistarif wird der in den →technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben.

1.8.4 Welche Besonderheiten gelten für die Nachversicherung von Kindern?

(1) Nachversicherung von leiblichen Kindern
Wir versichern Neugeborene ohne Risikozuschläge, ohne Leistungsausschlüsse und ohne Wartezeiten nach den folgenden Absätzen.

a) Fristgerechte Anmeldung
Das Neugeborene des bei uns versicherten Elternteils muss spätestens 2 Monate nach der Geburt bei uns zur Versicherung angemeldet werden. Die Anmeldung bezieht sich rückwirkend auf die Versicherung zum Tag der Geburt.

b) Mindestvertragsdauer des Elternteils
Der Elternteil muss außerdem am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert sein.

Maßgeblich für diesen Zeitraum ist der vereinbarte Versicherungsbeginn. In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) kann ein abweichender Zeitpunkt geregelt sein.

c) Maßgeblicher Versicherungsschutz des Elternteils
Der Versicherungsschutz des Neugeborenen darf nicht höher oder umfassender sein als der des bei uns versicherten Elternteils. Wenn beide Eltern bei uns versichert sind, richtet sich diese Grenze insgesamt nach dem Versicherungsschutz, der für den höher oder umfassender versicherten Elternteil abgeschlossen ist.

In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) kann geregelt sein, dass für die Versicherung des Neugeborenen der Abschluss eines leistungsstärkeren Tarifs verlangt werden kann.

d) Umfang des Versicherungsschutzes für das Neugeborene
Wenn die Versicherung des Neugeborenen nach den Absätzen a) bis c) erfolgt, besteht ab Geburt Versicherungsschutz nach den für das Neugeborene abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarifen auch für medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Geburtsschäden oder angeborener Krankheiten.

(2) Nachversicherung von Adoptivkindern
Wir versichern Adoptivkinder, die zum Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig sind, ohne Leistungsausschlüsse und ohne Wartezeiten, wenn
- ein Elternteil am Tag der Adoption mindestens 3 Monate bei uns versichert war und
- die Versicherung für das Adoptivkind spätestens 2 Monate nach der Adoption rückwirkend zum Tag der Adoption angemeldet wird.

Der Versicherungsschutz des Adoptivkindes darf nicht höher oder umfassender sein als der des bei uns versicherten Elternteils. Wenn beide Eltern bei uns versichert sind, richtet sich diese Grenze insgesamt nach dem Versicherungsschutz, der für den höher oder umfassender versicherten Elternteil abgeschlossen ist.

Für ein erhöhtes Risiko können wir nach unseren für die Risikobewertung maßgeblichen Grundsätzen einen angemessenen Risikozuschlag in Höhe von bis zu 100 Prozent des zu zahlenden Beitrags verlangen.

1.8.5 Wie können Sie den Versicherungsschutz bei Änderung des Beihilfeanspruchs anpassen?

Wenn die →versicherte Person Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes hat und einer der folgenden Umstände eintritt, haben Sie nach den Voraussetzungen und mit den Rechtsfolgen des § 199 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Anspruch auf eine Anpassung des Versicherungsschutzes:

- Der Beihilfebemessungssatz vermindert sich.
- Der Beihilfeanspruch entfällt vollständig.
- Eine oder mehrere Beihilfeleistungen werden gestrichen.
- Eine oder mehrere Beihilfeleistungen entfallen, weil ein anderer Beihilfeträger zuständig ist.

In diesen Fällen wird der Versicherungsschutz ohne →Risikoprüfung oder Wartezeiten angepasst, wenn der Antrag innerhalb von 6 Monaten nach der Änderung gestellt wird.

1.8.6 Wo finden Sie weitere Regelungen zur Umstellung des Versicherungsschutzes in einen anderen Tarif?

In den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) können weitere Regelungen vorgesehen sein, nach denen ein Recht auf Umstellung des Versicherungsschutz in einen anderen Tarif vereinbart ist.

1.9 Beendigung des Bausteins

Inhalt dieses Abschnitts:

1.9.1 Welche Vertragsdauer ist vereinbart?
1.9.2 Wie wird das Versicherungsjahr berechnet?
1.9.3 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen oder die Aufhebung verlangen?
1.9.4 Was müssen Sie bei einer Kündigung oder einem Aufhebungsverlangen beachten, wenn der Tarif dieses Bausteins der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dient?
1.9.5 Welche Voraussetzungen müssen für den Anspruch auf Mitgabe des Übertragungswerts erfüllt sein?
1.9.6 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?
1.9.7 Wann endet der Baustein im Todesfall?

1.9.1 Welche Vertragsdauer ist vereinbart?

(1) Mindestversicherungsdauer
Es gilt eine →Mindestversicherungsdauer von 2 Versicherungsjahren. Wir rechnen bei einem Tarifwechsel die Dauer eines zuvor unterhaltenen Tarifs mit gleichartigem Versicherungsschutz auf die Mindestversicherungsdauer an.

(2) Beendigung nach Zeitablauf
Die Tarife dieses Bausteins enden grundsätzlich nicht durch Zeitablauf. Etwas anderes gilt, wenn eine Höchstversicherungsdauer oder sonstige Befristung in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) geregelt ist.

1.9.2 Wie wird das Versicherungsjahr berechnet?

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

1.9.3 Unter welchen Voraussetzungen können Sie kündigen oder die Aufhebung verlangen?

(1) Allgemeine Voraussetzungen
Jede Kündigungserklärung nach den Absätzen 2 bis 5 sowie das Aufhebungsverlangen nach Absatz 6 bedarf der Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail).

Wenn Sie den Baustein insgesamt oder die Tarife dieses Bausteins für einzelne →versicherte Personen kündigen, ist die Kündigung nur wirksam, wenn Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben. Das gilt entsprechend, wenn Sie die Aufhebung nach Absatz 6 verlangen.

Wenn der Tarif dieses Bausteins der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dient, gelten zusätzlich die Voraussetzungen nach Ziffer 1.9.4.

(2) Ordentliche Kündigung
Sie können den Baustein zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs, frühestens zum Ablauf der nach Ziffer 1.9.1 Absatz 1 vereinbarten →Mindestversicherungsdauer von 2 Versicherungsjahren, mit einer Frist von 3 Monaten kündigen. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins beschränkt werden.

(3) Eintritt der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht, Anspruch auf Familienversicherung oder auf Heilfürsorge
Wenn die →versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wird, können Sie innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht die für sie als →substitutive Krankenversicherung abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins oder eine dafür bestehende →Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen.

Die Kündigung ist unwirksam, wenn Sie uns den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von 2 Monaten nachweisen, nachdem wir Sie hierzu in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) aufgefordert haben. Das gilt nicht, wenn Sie das Versäumen dieser Frist nicht zu vertreten haben.

Wenn Sie von Ihrem Kündigungsrecht Gebrauch machen, steht uns der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Die Berechnung des Tagesbeitrags erfolgt gemäß Ziffer 1.6.4 Absatz 4.

Später können Sie die für die versicherte Person als substitutive Krankenversicherung abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem Sie uns den Eintritt der Versicherungspflicht nachweisen. Der Beitrag steht uns in diesem Fall bis zur Beendigung dieser Tarife zu.

Der Versicherungspflicht steht gleich:
- der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder
- der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Vertraglich geregelte Beitragsänderungen
Wenn eine vertragliche Regelung dazu führt, dass sich der Beitrag erhöht, weil
- ein bestimmtes Alter erreicht worden ist oder andere in der Regelung genannte Voraussetzungen eingetreten sind und nunmehr ein Beitrag zu zahlen ist, der sich aus diesem Alter oder der entsprechenden Altersgruppe ergibt, oder
- der Beitrag unter Berücksichtigung einer →Alterungsrückstellung berechnet wird,

können Sie alle bei uns für die betroffene →versicherte Person abgeschlossenen Tarife innerhalb von 2 Monaten nach Inkrafttreten der Änderung rückwirkend zum Zeitpunkt des Inkrafttretens kündigen.

(5) Erhöhung von Beitrag, Selbstbeteiligung oder Risikozuschlag sowie Minderung unserer Leistungen
Wenn wir den Beitrag, eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung oder einen vereinbarten Risikozuschlag nach Ziffer 1.7.1 oder nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) erhöhen, können Sie für die betroffene →versicherte Person den von der Erhöhung betroffenen Tarif dieses Bausteins zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam wird. Hierzu muss uns Ihre Kündigung innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung vorliegen.

Wenn wir unsere Leistungen nach Ziffer 1.7.2 Absatz 1 vermindern, können Sie für die betroffene versicherte Person den von der Leistungsminderung betroffenen Tarif dieses Bausteins zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Änderung wirksam wird. Hierzu muss uns Ihre Kündigung innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung vorliegen.

(6) Anspruch auf Aufhebung
Wenn wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins erklären, können Sie innerhalb von 2 Wochen nach Zugang unserer darauf gerichteten Erklärung die Aufhebung aller bei uns abgeschlossenen Verträge zum Ende des Monats verlangen, in dem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

1.9.4 Was müssen Sie bei einer Kündigung oder einem Aufhebungsverlangen beachten, wenn der Tarif dieses Bausteins der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dient?

(1) Nachweis der Folgeversicherung (Grundsatz)
Für die Kündigung und das Aufhebungsverlangen eines Tarifs dieses Bausteins, der der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dient, gelten besondere Voraussetzungen:

- Ihre Kündigung - mit Ausnahme der Kündigung nach Ziffer 1.9.3 Absatz 3 - sowie das Aufhebungsverlangen nach Ziffer 1.9.3 Absatz 6 setzen voraus, dass für die →versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt.
- Die Kündigung wird nur wirksam, wenn Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung nachweisen, dass die versicherte Person bei dem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Wenn der Zeitpunkt, zu dem Sie die Kündigung ausgesprochen haben, mehr als 2 Monate nach Ihrer Kündigungserklärung liegt, müssen Sie den Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbringen.
- Das Aufhebungsverlangen wird nur wirksam, wenn Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach der Erklärung der Aufhebung nachweisen, dass die versicherte Person bei dem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

(2) Besonderheit bei Kündigung oder Aufhebung für nicht gesetzlich vertretene versicherte Personen
Die Kündigung oder die Aufhebung wird jedoch auch ohne Nachweis der Folgeversicherung nach Absatz 1 wirksam, wenn

- Sie den Baustein insgesamt oder die Tarife dieses Bausteins für eine andere →versicherte Person kündigen oder die Aufhebung verlangen und
- diese versicherte Person nicht von Ihnen gesetzlich vertreten wird (hierzu gehören zum Beispiel grundsätzlich volljährige Kinder).

1.9.5 Welche Voraussetzungen müssen für den Anspruch auf Mitgabe des Übertragungswerts erfüllt sein?

(1) Ab dem 1. Januar 2009 erstmals abgeschlossene Verträge
Wenn bei uns für eine →versicherte Person alle als →substitutive Krankheitskosten-Versicherung abgeschlossenen Tarife gekündigt werden und für sie gleichzeitig bei einem anderen Versicherer ein neuer substitutiver Vertrag abgeschlossen wird, können Sie verlangen, dass wir

- die kalkulierte →Alterungsrückstellung der versicherten Person
- in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten →Übertragungswerts nach Maßgabe von § 146 Absatz 1 Nummer 5 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)
- an den neuen Versicherer übertragen.

Dieser Anspruch setzt voraus, dass die gekündigte substitutive Krankheitskosten-Versicherung für die versicherte Person erstmals ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossen worden ist.

(2) Vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge
Der Anspruch nach Absatz 1 gilt nicht, wenn die →substitutive Krankheitskosten-Versicherung der →versicherten Person vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossen worden ist. Wenn die versicherte Person aber nach dem 31. Dezember 2008 in Krankheitskosten-Tarife mit Aufbau eines →Übertragungswerts wechselt, gilt Folgendes:
Wenn bei uns für diese versicherte Person alle Krankheitskosten-Tarife mit Aufbau eines Übertragungswerts gekündigt werden und für sie gleichzeitig bei einem anderen Versicherer ein neuer substitutiver Vertrag abgeschlossen wird, können Sie verlangen, dass wir

- die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person
- in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Krankheitskosten-Tarif aufgebauten Übertragungswerts nach Maßgabe von § 146 Absatz 1 Nummer 5 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)
- an den neuen Versicherer übertragen.

1.9.6 Unter welchen Voraussetzungen können wir kündigen?

(1) Ordentliches Kündigungsrecht
Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht.

(2) Außerordentliches Kündigungsrecht
Die gesetzlichen Vorschriften über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt. Die Kündigung kann auf einzelne →versicherte Personen oder Tarife dieses Bausteins beschränkt werden.

1.9.7 Wann endet der Baustein im Todesfall?

Der Baustein endet mit Ablauf des Tages, an dem der →Versicherungsnehmer stirbt. Beim Tod der →versicherten Person enden die für sie abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins mit Ablauf des Tages, an dem sie stirbt.

1.10 Fortsetzung des Bausteins

Unter welchen Voraussetzungen kann der Baustein oder können Tarife dieses Bausteins fortgesetzt werden?

(1) Ihre Kündigung

a) Fortsetzung der Krankheitskosten-Tarife
Wenn Sie den Baustein insgesamt oder Tarife dieses Bausteins für einzelne →versicherte Personen kündigen, haben die versicherten Personen das Recht, die für sie abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarife unter Benennung des künftigen →Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung muss innerhalb von 2 Monaten nach der Kündigung unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklärt werden.

b) Fortsetzung als Anwartschaftsversicherung
Wenn Sie den Baustein insgesamt oder Tarife dieses Bausteins für eine →versicherte Person kündigen, steht sowohl Ihnen als auch der betroffenen versicherten Person das Recht zu, die Krankheitskosten-Tarife, soweit sie von der Kündigung erfasst sind, nach Maßgabe des § 204 Absatz 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in Form einer →Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

Der Antrag auf Umwandlung in eine Anwartschaftsversicherung muss innerhalb von 2 Monaten nach der Kündigung gestellt werden.

(2) Trennung, Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft
Ein getrennt lebender oder rechtskräftig geschiedener Ehegatte kann seinen Vertragsteil als selbstständige Versicherung fortsetzen. Entsprechendes gilt für den getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

Für eine Fortsetzung müssen die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) erfüllt sein.

(3) Tod des Versicherungsnehmers
Wenn der Baustein aufgrund des Todes des →Versicherungsnehmers endet, haben die →versicherten Personen das Recht, die für sie abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarife unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Fortsetzung muss innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod des bisherigen Versicherungsnehmers unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers erklärt werden.

(4) Unsere Kündigung wegen Zahlungsverzugs
Wenn wir den Baustein insgesamt oder Tarife dieses Bausteins für einzelne →versicherte Personen wegen Zahlungsverzugs wirksam kündigen, haben die versicherten Personen das Recht, die Krankheitskosten-Tarife, soweit sie von der Kündigung erfasst sind, unter Benennung des künftigen →Versicherungsnehmers fortzusetzen.

Die Fortsetzung muss unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers innerhalb von 2 Monaten erklärt werden, nachdem die versicherten Personen Kenntnis von diesem Recht erlangt haben. Der Beitrag muss ab Fortsetzung gezahlt werden.

Wir müssen die versicherten Personen über die Kündigung und ihr Recht zur Fortsetzung in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) informieren.

1.11 Recht auf Neuabschluss

Welches Recht auf Neuabschluss besteht, nachdem eine Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zustande gekommen ist oder geendet hat?

Wenn Sie den Baustein insgesamt oder Tarife dieses Bausteins für eine →versicherte Person gekündigt haben und diese in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sein soll, besteht uns gegenüber folgendes Recht auf Neuabschluss:

Wenn die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zustande kommt oder sie vor Ablauf der gesetzlich erforderlichen Vorversicherungszeit endet, steht sowohl Ihnen als auch der betroffenen versicherten Person das Recht zu,
- die Krankheitskosten-Tarife, soweit sie von der Kündigung uns gegenüber erfasst sind,
- unter den Voraussetzungen und mit den Rechtsfolgen des § 5 Absatz 9 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

bei uns neu abzuschließen.

Das bedeutet unter anderem, dass wir den Antrag auf Neuabschluss der Krankheitskosten-Tarife
- ohne erneute Gesundheitsprüfung und
- unter Anrechnung der bis zur Kündigung erworbenen →Alterungsrückstellung
- zu den gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben,

annehmen werden.

2. Tarifbedingungen

Unter Ziffer 2 (Tarifbedingungen) sind Art und Höhe der Versicherungsleistungen sowie die tarifbezogenen Leistungsvoraussetzungen und -ausschlüsse geregelt. Hier finden Sie außerdem die Bestimmungen über die Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit sowie weitere Besonderheiten für diesen Tarif.

Die Tarifbedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Regelungen (Teil A Ziffer 1) zum Baustein Krankheitskosten-Versicherung sowie, falls vereinbart, mit den Sonderbedingungen (Teil A Ziffer 3).

Tarif Beihilfeergänzung Best (BHEB)

Dieser Beihilfe-Krankheitskosten-Tarif hat die Kurzbezeichnung BHEB.

Der Tarif BHEB gehört zur →Produktgruppe UNI. Außerdem sieht der Tarif den Aufbau eines →Übertragungswerts vor.

2.1 Erforderliche Eigenschaften der versicherten Person (Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit)

2.1.1 Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?

Der Tarif kann nur für Personen abgeschlossen werden, deren ständiger Wohnsitz in Deutschland liegt.

2.1.2 Welche Eigenschaft muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesem Tarif erfüllen und was gilt bei Wegfall einer dieser Eigenschaft (Versicherungsfähigkeit)?

(1) Grundabsicherung
Die →versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange für sie bei uns eine Grundabsicherung
- nach Beihilfe-Krankheitskosten-Tarifen der →Produktgruppe UNI
- mit Anspruch auf Aufwendungsersatz für die Leistungsbereiche ambulante, stationäre und zahnärztliche Heilbehandlung

besteht.

Der Erstattungsprozentsatz der für die versicherte Person abgeschlossenen Grundabsicherung und der für die versicherte Person maßgebliche Beihilfebemessungssatz müssen zusammen mindestens 100 Prozent ergeben.

(2) Wegfall einer erforderlichen Eigenschaft
Mit Wegfall einer in Absatz 1 geregelten Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene →versicherte Person mit Ablauf des Monats, in dem die Voraussetzung für die →Versicherungsfähigkeit nicht mehr erfüllt ist.

2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

2.2.1 Regelungen für alle versicherten Leistungen

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.1.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?
2.2.1.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?
2.2.1.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?
2.2.1.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?
2.2.1.5 Was bedeutet: Nach Vorleistung der Grundabsicherung und der Beihilfe?
2.2.1.6 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

2.2.1.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?

Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der versicherten Aufwendungen ist das Datum, an dem die →versicherte Person behandelt worden ist oder eine Leistung bezogen hat.

2.2.1.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?

Wenn nicht unsere vorherige →schriftliche Zusage nach Ziffer 2.2.1.3 erforderlich ist, kann die →versicherte Person unter folgenden Leistungserbringern frei wählen.

(1) Auswahl von Ärzten, Zahnärzten oder Heilpraktikern
Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhaus-Ambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie den Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes (HeilprG).

(2) Auswahl von juristischen Personen
Die Aufwendungen für Leistungen von folgenden →juristischen Personen sind ebenfalls versichert:
- Institute, die auf Veranlassung eines Arztes oder Zahnarztes physikalisch-medizinische Leistungen, Labor- oder Röntgenleistungen erbringen, und
- medizinische Versorgungszentren.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil die →versicherte Person andere juristische Personen in Anspruch genommen hat.

(3) Auswahl von Krankenhäusern
Wenn eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig ist, kann die →versicherte Person unter allen öffentlichen und privaten Krankenhäusern frei wählen, die
- unter ständiger eigener ärztlicher Leitung stehen,
- über ausreichende eigene diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und
- Krankengeschichten führen.

2.2.1.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?

(1) Besonderheiten bei Psychotherapie
Zusätzlich zu den in Ziffer 2.2.1.2 genannten Leistungserbringern hat die →versicherte Person die freie Wahl unter den approbierten Psychologischen Psychotherapeuten und den approbierten Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, wenn
- diese in eigener Praxis tätig sind,
- über einen entsprechenden Fachkunde-Nachweis verfügen und
- wir vor Behandlungsbeginn eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

Wenn der Leistungserbringer in eigener Praxis tätig ist, über einen entsprechenden Fachkunde-Nachweis verfügt und wir nach den vertraglichen Bestimmungen zur Leistung verpflichtet sind, erteilen wir die schriftliche Zusage.

(2) Besonderheiten bei deutschen Krankenhäusern, die nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegen
Bei medizinisch notwendiger ambulanter oder stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus in Deutschland, das nicht dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) unterliegt, leisten wir nur, wenn wir vor Behandlungsbeginn

- einen Heil- und Kostenplan erhalten und
- eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

Um die Zusage erteilen zu können, prüfen wir, ob und in welchem Umfang wir nach den vertraglichen Bestimmungen zur Leistung verpflichtet sind. Soweit diese Prüfung ergibt, dass wir leistungspflichtig sind, erteilen wir die schriftliche Zusage.

2.2.1.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?

Wir leisten im tariflichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben (zum Beispiel Schröpfen, Akupunktur zur Schmerztherapie, Chirotherapie, Osteopathie, Eigenblutbehandlung und therapeutische Lokalanästhesie) oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

2.2.1.5 Was bedeutet: Nach Vorleistung der Grundabsicherung und der Beihilfe?

Dieser Tarif erstattet verbleibende Aufwendungen unter Anrechnung von Ansprüchen aus der Grundabsicherung und der Beihilfe. Wo das gilt, schreiben wir sinngemäß "nach Vorleistung der Grundabsicherung und der Beihilfe".

Ein Erstattungsanspruch nach diesem Tarif besteht nur, nachdem die Grundabsicherung und die Beihilfe für die →versicherte Person in Anspruch genommen worden sind. Diese gelten als Vorleistungen für diesen Tarif und wir ziehen sie ab, bevor wir nach diesem Tarif zahlen.

Eine Selbstbeteiligung in der Grundabsicherung oder in der Beihilfe (auch zum Beispiel Kostendämpfungspauschale oder Zuzahlung) gilt auch als Vorleistung und wir erstatten diese nicht nach diesem Tarif.

Deshalb bitten wir Sie, uns nach Ziffer 1.2.2 Absatz 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein Rechnungskopien mit einer Bestätigung der Beihilfe über ihre Leistungen vorzulegen (Beihilfebescheid).

Das gilt auch, wenn die Beihilfe eine Kostenerstattung teilweise oder ganz abgelehnt hat. Dann legen Sie uns bitte die Ablehnung für die Rechnung vor. Das bedeutet aber nicht, dass wir Kosten übernehmen, nur weil die Beihilfe abgelehnt hat. Auch dann zahlen wir nur, wenn und soweit die vertraglichen Voraussetzungen erfüllt sind.

2.2.1.6 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absätze 1 und 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfallen. Sie müssen hierzu keinen Antrag auf Erlass der Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein stellen.

2.2.2 Versicherte Leistungen bei medizinisch notwendiger ambulanter Behandlung

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.2.1 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ärztlichen Sehschärfen-Korrektur oder Krebs-Vorsorge-Untersuchung?
2.2.2.2 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Heilbehandlung durch Heilpraktiker?
2.2.2.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Psychotherapie ab der 51. Sitzung?
2.2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten ärztlichen Behandlung auf Grundlage einer Honorarvereinbarung?
2.2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)?
2.2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Sehhilfen?
2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Krankenfahrten?
2.2.2.8 Welche besonderen Regelungen gelten für den Versicherungsschutz bei medizinisch notwendiger ambulanter Heilbehandlung, wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält?

Wir bieten bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Behandlung Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen.

Daneben beinhaltet dieser Tarif außerdem Versicherungsschutz bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Behandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen (Ziffer 2.2.3). Er beinhaltet außerdem Versicherungsschutz bei akuten Erkrankungen, Unfällen oder Todesfällen während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts (Ziffer 2.2.4) und zusätzliche Serviceleistungen auch bei Behandlungen innerhalb Deutschlands (siehe Ziffern 2.2.5 bis 2.2.7).

2.2.2.1 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ärztlichen Sehschärfen-Korrektur oder Krebs-Vorsorge-Untersuchung?

(1) Erstattungsprozentsatz
Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung der Beihilfe und Grundabsicherung verbleiben.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

a) Aufwendungen für Sehschärfen-Korrektur
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche operative Maßnahmen zur Sehschärfen-Korrektur (zum Beispiel Lasik, Lasek oder Linsen-Implantation).

Die Aufwendungen für ärztliche Leistungen sind erstattungsfähig, wenn sie nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist (Ausnahme Ziffer 2.2.2.4).

b) Aufwendungen für Krebs-Vorsorge-Untersuchungen
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Vorsorge-Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs (zum Beispiel Krebs-Vorsorge-Untersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, allerdings ohne die dort geltenden Altersbeschränkungen).

Die Aufwendungen für ärztliche Leistungen sind erstattungsfähig, wenn sie nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil

der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist (Ausnahme Ziffer 2.2.2.4).

2.2.2.2 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Heilbehandlung durch Heilpraktiker?

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Behandlung - mit Ausnahme von künstlicher Befruchtung und ambulanter Anschlussheilbehandlung sowie von Psychotherapie (siehe dazu Ziffer 2.2.2.3) - gilt:

(1) Erstattungsprozentsatz
Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung der Beihilfe und Grundabsicherung verbleiben.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Behandlung und für Verbandmaterialien und Arzneimittel, die der Heilpraktiker für die Behandlung verordnet hat, sofern sie zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten medizinisch notwendig sind.

Arzneimittel müssen aus der Apotheke bezogen worden sein. Sie müssen außerdem nach dem Arzneimittelgesetz zugelassen sein.

Als Arzneimittel, auch wenn sie heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nährmittel und Stärkungspräparate, Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, sowie kosmetische Präparate. Davon ausgenommen sind bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.

Die Aufwendungen für Leistungen des Heilpraktikers sind erstattungsfähig, wenn sie nach dem jeweils aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Heilpraktikern sind bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2.2.2.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Psychotherapie ab der 51. Sitzung?

(1) Erstattungsprozentsatz
Wir ersetzen 70 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung der Beihilfe und Grundabsicherung verbleiben.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ambulante Psychotherapie ab der 51. Sitzung je →versicherte Person und Versicherungsjahr, sofern diese weiteren Sitzungen von der Beihilfe als beihilfefähig anerkannt worden sind.

(3) Erstattungsfähige Vergütung

a) Ärztliche Leistungen
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist (Ausnahme Ziffer 2.2.2.4).

b) Behandlungen durch Heilpraktiker
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker, die nach dem jeweils aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Heilpraktikern sind bis zu den Höchstbeträgen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

c) Leistungen durch Psychologische Psychotherapeuten oder durch Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Leistungen durch Psychologische Psychotherapeuten oder durch Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten sind bis zu den Höchstsätzen erstattungsfähig, die sich aus der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in Verbindung mit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ergeben. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

2.2.2.4 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten ärztlichen Behandlung auf Grundlage einer Honorarvereinbarung?

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Behandlung - mit Ausnahme von zahnärztlichen Leistungen (siehe dazu Ziffer 2.2.3) - gilt:

(1) Erstattungsprozentsatz
Wir ersetzen außer bei Psychotherapie 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung der Beihilfe und Grundabsicherung verbleiben.

Bei Psychotherapie ersetzen wir von den erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung der Beihilfe und Grundabsicherung verbleiben, je →versicherte Person und Versicherungsfall

- 100 Prozent bis zur 30. Sitzung.
- 70 Prozent ab der 31. Sitzung.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für alle in diesem Tarif sowie in der Grundabsicherung Beihilfe-Krankheitskosten-Tarif für den Leistungsbereich ambulante Heilbehandlung versicherten ärztlichen Leistungen.

Die Aufwendungen für ärztliche Leistungen sind erstattungsfähig, wenn sie nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) auf Grundlage einer Honorarvereinbarung berechnungsfähig sind. Erstattungsfähig ist dabei der Teil des vereinbarten Steigerungssatzes, der oberhalb des Höchstsatzes der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegt.

Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.2 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

2.2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)?

Wir bieten Versicherungsschutz nach den folgenden Absätzen für jedes Hilfsmittel, das für die →versicherte Person im Versicherungsfall medizinisch notwendig ist.

Dabei erfasst der Versicherungsschutz die Aufwendungen für den Bezug des jeweiligen Hilfsmittels, die Aufwendungen für die Reparatur und Wartung des Hilfsmittels sowie für die notwendige Unterweisung der versicherten Person in den Hilfsmittelgebrauch.

Aufwendungen für den Gebrauch des Hilfsmittels sind dagegen nicht versichert.

(1) Verordnung als Leistungsvoraussetzung
Die Aufwendungen für Hilfsmittel - mit Ausnahme von Sehhilfen (siehe dazu Ziffer 2.2.2.6) - nach den Absätzen 2 bis 4 sind erstat-

tungsfähig, wenn das Hilfsmittel von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden ist.

(2) Aufwendungen für orthopädische Schuhe, Hörhilfen und Perücken
Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung der Beihilfe und Grundabsicherung verbleiben, für
- orthopädische Schuhe. Der Ersatz dieser Aufwendungen ist einschließlich der Zahlung aus Grundabsicherung und Beihilfe auf höchstens 2.000 Euro pro →versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt.
- Hörhilfen. Das sind Hörgeräte (apparativ) einschließlich dazugehörender Ohrpass-Stücke (Otoplastik). Der Ersatz dieser Aufwendungen ist einschließlich der Zahlung aus Grundabsicherung und Beihilfe auf höchstens 1.500 Euro pro versicherte Person und Hörhilfe begrenzt.
- Perücken bei krankhaftem Haarausfall. Der Ersatz dieser Aufwendungen ist einschließlich der Zahlung aus Grundabsicherung und Beihilfe auf höchstens 500 Euro pro versicherte Person und Perücke begrenzt.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(3) Aufwendungen für weitere Hilfsmittel
Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung der Beihilfe und Grundabsicherung verbleiben, für:
- Bandagen,
- Blutdruck-Messgeräte,
- Blutzucker-Messgeräte,
- orthopädische Einlagen,
- Bruchbänder,
- Kompressionsstrümpfe,
- Gehhilfen,
- Tens-Geräte,
- Inhalationsgeräte,
- Peak-Flow-Meter,
- Milch-Pumpen,
- konfektionierte Therapie-Schuhe und
- orthopädische Schuhzurichtungen.

(4) Aufwendungen für Hilfsmittel, bei denen wir eingeschaltet werden sollen

a) Aufwendungsersatz zu 80 Prozent (Grundsatz)
Wir ersetzen 80 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung der Beihilfe und Grundabsicherung bleiben, für alle sonstigen Hilfsmittel (auch für lebenserhaltende Hilfsmittel), die nicht in den Absätzen 2 und 3 enthalten sind.

b) Aufwendungsersatz zu 100 Prozent
Wir ersetzen jedoch 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung der Beihilfe und Grundabsicherung bleiben, wenn das Hilfsmittel nach Absatz a)
- über uns bezogen oder beschafft worden ist,
- über uns weder bezogen noch beschafft werden kann oder
- im Rahmen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung innerhalb von 2 Tagen nach dem Unfall oder Notfall bezogen werden musste.

2.2.2.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Sehhilfen?

(1) Versicherte Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung der Beihilfe und Grundabsicherung verbleiben, für
- Brillengläser,
- Brillenfassungen und
- Kontaktlinsen,

wenn die Sehhilfe von einem Facharzt für Augenheilkunde verordnet worden ist oder eine Refraktionsbestimmung vorliegt, die von einem Optiker durchgeführt worden ist.

(2) Versicherter Höchstbetrag
Der Ersatz von Aufwendungen für Sehhilfen ist einschließlich der Zahlung aus Grundabsicherung und Beihilfe auf höchstens 410 Euro pro →versicherte Person innerhalb von 24 Monaten begrenzt.

Die maximale Erstattungshöhe ermitteln wir, indem
- wir das Datum zugrunde legen, an dem die Sehhilfe bezogen worden ist, für die Aufwendungsersatz geltend gemacht wird, und
- von diesem Datum ausgehend alle Erstattungen für den Bezug von Sehhilfen der versicherten Person aus den zurückliegenden 24 Monaten berücksichtigen.

Der Anspruch auf Aufwendungsersatz und die individuelle Erstattungshöhe hängen somit jeweils von den Erstattungen der letzten 24 Monate ab.

Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Krankenfahrten?

(1) Versicherte Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung der Beihilfe und Grundabsicherung verbleiben, für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung, wenn diese wegen
- ambulanter Dialyse,
- ambulanter Strahlentherapie bei Krebserkrankungen,
- ambulanter Chemotherapie,
- ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit oder
- eines Unfalls oder Notfalls

der →versicherten Person erfolgt.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen für Krankenfahrten
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für medizinisch notwendige Fahrten der →versicherten Person zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus
- im Taxi,
- in öffentlichen Verkehrsmitteln oder
- im privaten Fahrzeug.

Der Ersatz von Aufwendungen für Krankenfahrten wegen ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit ist für die Hin- und Rückfahrt einschließlich der Zahlung aus Grundabsicherung und Beihilfe auf insgesamt höchstens 50 Euro pro versicherte Person und Fahrt begrenzt. Wenn diese Krankenfahrten im privaten Fahrzeug erfolgen, legen wir für die Ermittlung des Erstattungshöchstbetrags 0,30 Euro pro gefahrenem Kilometer zugrunde. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2.2.2.8 Welche besonderen Regelungen gelten für den Versicherungsschutz bei medizinisch notwendiger ambulanter Heilbehandlung, wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält?

Hier befinden sich die Regelungen zur Dauer des Versicherungsschutzes bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland und zu unserer Leistungszusage bei Auslandsaufenthalten. Diese betreffen den Versicherungsschutz bei Krankheit oder Unfallfolgen nach Ziffer 2.2.2.

Wenn sich die →versicherte Person vorübergehend im Ausland aufhält und dort akut erkrankt oder verunfallt, gilt dagegen Ziffer 2.2.4.

(1) Vorübergehender Aufenthalt im außereuropäischen Ausland
Es besteht Versicherungsschutz in allen europäischen Ländern (siehe Ziffer 1.1.7 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein).

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Europas gilt aber nicht Ziffer 1.1.7 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Stattdessen gilt Folgendes:

Es besteht Versicherungsschutz nach Ziffer 2.2.2 während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland (6monatiger Versicherungsschutz).

Wenn es medizinisch notwendig ist, die →versicherte Person über die ersten 6 Monate hinaus medizinisch zu behandeln, besteht Versicherungsschutz, solange eine Rückreise ihre Gesundheit gefährden würde.

Die Dauer des Versicherungsschutzes für einen vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Europas kann durch eine gesonderte Vereinbarung über den 6monatigen Versicherungsschutz nach Satz 4 hinaus ausgedehnt werden (Ausdehnungsvereinbarung).

(2) Aufwendungsersatz bei Behandlungen im Ausland
Wenn nach den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Ziffern 1.1.7 und 1.1.8) und nach Absatz 1 Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten besteht, ersetzen wir die Aufwendungen, welche nach Ziffern 2.2.2.1 bis 2.2.2.3 sowie Ziffern 2.2.2.5 bis 2.2.2.7 versichert sind. Unsere Leistungszusage gilt unabhängig davon, ob die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt oder sich nur vorübergehend im Ausland aufhält, soweit in diesen Fällen Versicherungsschutz vereinbart ist.

Wir erbringen die Tarifleistungen auch bei Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts bestehen. Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt.

Dabei gilt im Einzelnen Folgendes:

a) Entsprechend der Leistungszusage für Behandlungen in Deutschland (Grundsatz)
Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung der Beihilfe und Grundabsicherung verbleiben, zu den Prozentsätzen, die nach Ziffern 2.2.2.1 bis 2.2.2.3 sowie Ziffern 2.2.2.5 bis 2.2.2.7 für Behandlungen in Deutschland vereinbart sind, soweit die Aufwendungen für die Behandlung im Ausland den dort üblichen Kosten entsprechen. Die Höchstbeträge für Hilfsmittel und Sehhilfen sowie für Krankenfahrten gelten ebenfalls

Allerdings gilt keine Begrenzung unserer Leistungspflicht nach Ziffern 2.2.2.1 bis 2.2.2.3 sowie Ziffern 2.2.2.5 bis 2.2.2.7 auf die Gebührensätze nach jeweils geltenden Gebührenordnungen oder Gebührenverzeichnisse.

b) Besonderheiten bei Reisen zum Zweck der Behandlung in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums
Der sich nach Absatz a) ergebende Erstattungsprozentsatz reduziert sich um 20 Prozent, wenn die →versicherte Person zum Zweck der Behandlung in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums reist. Das gilt nicht, wenn
- die medizinisch notwendige Behandlung in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar ist oder
- wir vor Reiseantritt eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

2.2.3 Versicherte Leistungen bei medizinisch notwendiger zahnärztlicher Behandlung

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.3.1 Welche Aufwendungen ersetzen wir für zahnärztliche Leistungen?
2.2.3.2 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer zahnärztlichen Behandlung auf Grundlage einer Honorarvereinbarung?
2.2.3.3 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?
2.2.3.4 Welche besonderen Regelungen gelten für den Versicherungsschutz bei medizinisch notwendiger zahnärztlicher Heilbehandlung, wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält?

Wir bieten bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Behandlung Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen.

Daneben beinhaltet dieser Tarif außerdem Versicherungsschutz bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Behandlung (Ziffer 2.2.2). Er beinhaltet außerdem Versicherungsschutz bei akuten Erkrankungen, Unfällen oder Todesfällen während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts (Ziffer 2.2.4) und zusätzliche Serviceleistungen auch bei Behandlungen innerhalb Deutschlands (siehe Ziffern 2.2.5 bis 2.2.7).

2.2.3.1 Welche Aufwendungen ersetzen wir für zahnärztliche Leistungen?

(1) Erstattungsprozentsatz
Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung der Beihilfe und Grundabsicherung verbleiben.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen
Erstattungsfähig sind bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Heilbehandlung nachfolgende ärztliche und zahnärztliche Leistungen sowie die damit zusammenhängenden zahntechnischen Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

a) Aufwendungen für Zahnprophylaxe
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen nach Abschnitt B der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ).

Als Zahnpropylaxe gelten nicht Leistungen für eine professionelle Zahnreinigung.

Professionelle Zahnreinigung ist die
- Entfernung der Beläge auf Zahn- und Wurzeloberflächen,
- Reinigung der Zahnzwischenräume,
- Entfernung des Biofilms,
- Oberflächenpolitur sowie
- Fluoridierung.

Die Aufwendungen für zahnärztliche Vergütung sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist (Ausnahme Ziffer 2.2.3.2).

b) Aufwendungen für Inlays
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Inlays (Einlagefüllungen) aus Kunststoffen, Edelmetallen, Keramikmaterial (auch auf Goldgerüst) und Glaskeramik.

Erstattungsfähig sind auch die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen.

Die Aufwendungen für ärztliche oder zahnärztliche Vergütung sind bis zum Höchstsatz der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist (Ausnahme Ziffer 2.2.3.2).

c) Aufwendungen für Zahnersatz
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Zahnersatz (prothetische Leistungen einschließlich Brücken, Stiftzähnen, Kronen, Teilkronen und Keramik-Verblendschalen (Veneers) sowie implantologische Leistungen für bis zu 6 Implantate pro Kiefer, einschließlich auf Implantaten sitzendem Zahnersatz (Suprakonstruktionen) und die hiermit zusammenhängend anfallenden chirurgischen Leistungen, zum Beispiel dem Aufbau des Kieferknochens), sowie gesondert berechnungsfähige Materialkosten.

Erstattungsfähig sind auch die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen.

Die Aufwendungen für ärztliche oder zahnärztliche Vergütung sind bis zum Höchstsatz der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) er-

stattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist (Ausnahme Ziffer 2.2.3.2).

d) Aufwendungen für funktionsanalytische und - therapeutische Leistungen (Gnathologie)
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für funktionsanalytische und - therapeutische Leistungen (Gnathologie), die in Verbindung mit Zahnersatzversorgung anfallen, mit Ausnahme von Aufbiss-Behelfen und Schienen.

Erstattungsfähig sind auch die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen.

Die Aufwendungen für ärztliche oder zahnärztliche Vergütung sind bis zum Höchstsatz der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist (Ausnahme Ziffer 2.2.3.2).

e) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen für →versicherte Personen, die noch nicht 21 Jahre alt sind, sowie gesondert berechnungsfähige Materialkosten.

Erstattungsfähig sind auch die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen.

Die Aufwendungen für ärztliche oder zahnärztliche Vergütung sind bis zum Höchstsatz der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist (Ausnahme Ziffer 2.2.3.2).

Die Altersbegrenzung auf 21 Jahre gilt nicht in den folgenden Fällen:

- Unfall
  Bei zahnärztlichen Heilbehandlungen, die wegen eines Unfalls erforderlich werden. Als Unfall gilt nicht, wenn durch Nahrungsaufnahme (zum Beispiel Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird.

- Schwere Erkrankung
  Bei zahnärztlichen Heilbehandlungen, die wegen einer angeborenen Missbildung des Gesichts oder der Kiefer, einer skelettalen Dysgnathie oder einer verletzungsbedingten Kieferfehlstellung erforderlich und im Rahmen einer kombiniert kieferchirurgisch-kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden.

In diesen Fällen ersetzen wir die Aufwendungen nach den Sätzen 1 und 2, auch wenn die verunfallte oder schwer erkrankte versicherte Person bereits älter als 21 Jahre ist.

2.2.3.2 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer zahnärztlichen Behandlung auf Grundlage einer Honorarvereinbarung?

(1) Erstattungsprozentsatz
Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung der Beihilfe und Grundabsicherung verbleiben.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für alle in der Grundabsicherung Beihilfe-Krankheitskosten-Tarif für den Leistungsbereich zahnärztliche Heilbehandlung versicherten zahnärztlichen Leistungen.

Die Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen sind erstattungsfähig, wenn sie nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) auf Grundlage einer Honorarvereinbarung berechnungsfähig sind. Erstattungsfähig ist dabei der Teil des vereinbarten Steigerungssatzes, der oberhalb des Höchstsatzes der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) liegt.

Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.2 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

2.2.3.3 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?

(1) Höchstbeträge ab Versicherungsbeginn
Während der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn des Tarifs BHEB gelten für Aufwendungen gemäß Ziffern 2.2.3.1 bis 2.2.3.2 pro →versicherte Person folgende Erstattungshöchstbeträge:
- 750 Euro während der ersten 12 Monate
  (1. Leistungsabschnitt)
- 1.500 Euro während der ersten 24 Monate
  (2. Leistungsabschnitt)
- 2.250 Euro während der ersten 36 Monate
  (3. Leistungsabschnitt)
- 3.000 Euro während der ersten 48 Monate
  (4. Leistungsabschnitt)

Für Aufwendungen, die den Erstattungshöchstbetrag des jeweiligen Leistungsabschnitts übersteigen, besteht kein Anspruch auf Aufwendungsersatz. Dieser übersteigende Teil kann auch nicht zu einem späteren Zeitpunkt mit einem Erstattungshöchstbetrag eines folgenden Leistungsabschnitts verrechnet werden.

(2) Keine Erstattungshöchstbeträge bei unfallbedingten Behandlungen
Die Erstattungshöchstbeträge nach Absatz 1 gelten nicht für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen, die wegen eines Unfalls erforderlich werden. Als Unfall gilt nicht, wenn
- durch Nahrungsaufnahme (zum Beispiel Biss auf einen Kirschkern) ein Schaden an den Zähnen verursacht wird oder
- beim Reinigen herausnehmbaren Zahnersatzes ein Schaden entsteht.

(3) Anrechnung bisheriger Versicherungsdauer bei Tarifwechsel
Wenn die →versicherte Person von einem bei uns abgeschlossenen Tarif, der Leistungen für zahnärztliche Heilbehandlung beinhaltet, in Tarif BHEB wechselt, wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Erstattungshöchstbeträge im Tarif BHEB angerechnet.

Die Leistungen, die nach bisherigen Tarifen erbracht worden sind, werden bei Aufwendungsersatz nach Tarif BHEB bis zu dem Erstattungshöchstbetrag angerechnet, der sich aus Satz 1 ergibt.

Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, wenn die versicherte Person aus einem Krankheitskosten-Tarif, der als Zusatzversicherung zur Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, in Tarif BHEB wechselt.

2.2.3.4 Welche besonderen Regelungen gelten für den Versicherungsschutz bei medizinisch notwendiger zahnärztlicher Heilbehandlung, wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält?

Hier befinden sich die Regelungen zur Dauer des Versicherungsschutzes bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland und zu unserer Leistungszusage bei Auslandsaufenthalten. Diese betreffen den Versicherungsschutz bei Krankheit oder Unfallfolgen nach Ziffer 2.2.3.

Wenn sich die →versicherte Person vorübergehend im Ausland aufhält und dort akut erkrankt oder verunfallt, gilt dagegen Ziffer 2.2.4.

(1) Vorübergehender Aufenthalt im außereuropäischen Ausland
Es besteht Versicherungsschutz in allen europäischen Ländern (siehe Ziffer 1.1.7 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein).

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Europas gilt aber nicht Ziffer 1.1.7 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Stattdessen gilt Folgendes:

Es besteht Versicherungsschutz nach Ziffer 2.2.3 während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland (6monatiger Versicherungsschutz).

Wenn es medizinisch notwendig ist, die →versicherte Person über die ersten 6 Monate hinaus medizinisch zu behandeln, besteht Versicherungsschutz, solange eine Rückreise ihre Gesundheit gefährden würde.

Die Dauer des Versicherungsschutzes für einen vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Europas kann durch eine gesonderte Vereinbarung über den 6monatigen Versicherungsschutz nach Satz 4 hinaus ausgedehnt werden (Ausdehnungsvereinbarung).

(2) Aufwendungsersatz bei Behandlungen im Ausland
Wenn nach den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Ziffern 1.1.7 und 1.1.8) und nach Absatz 1 Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten besteht, ersetzen wir die Aufwendungen, welche nach Ziffer 2.2.3.1 versichert sind. Unsere Leistungszusage gilt unabhängig davon, ob die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt oder sich nur vorübergehend im Ausland aufhält, soweit in diesen Fällen Versicherungsschutz vereinbart ist.

Wir erbringen die Tarifleistungen auch bei Krankheiten (einschließlich chronischer Erkrankungen) oder Unfallfolgen, die bereits zu Beginn des Auslandsaufenthalts bestehen. Das gilt auch dann, wenn im Ausland eine erhebliche Verschlimmerung des Gesundheitszustands eintritt.

Dabei gilt im Einzelnen Folgendes:

a) Entsprechend der Leistungszusage für Behandlungen in Deutschland (Grundsatz)
Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen, die nach Vorleistung der Beihilfe und Grundabsicherung verbleiben, zu den Prozentsätzen, die nach Ziffer 2.2.3.1 für Behandlungen in Deutschland vereinbart sind, soweit die Aufwendungen für die Behandlung im Ausland den dort ortsüblichen Kosten entsprechen. Die Höchstbeträge nach Ziffer 2.2.3.3 gelten ebenfalls.

Allerdings gilt keine Begrenzung unserer Leistungspflicht nach Ziffer 2.2.3.1 auf die Gebührensätze nach jeweils geltenden Gebührenordnungen oder Gebührenverzeichnisse.

b) Besonderheiten bei Reisen zum Zweck der Behandlung in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums
Der sich nach Absatz a) ergebende Erstattungsprozentsatz reduziert sich um 20 Prozent, wenn die →versicherte Person zum Zweck der Behandlung in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums reist. Das gilt nicht, wenn
- die medizinisch notwendige Behandlung in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar ist oder
- wir vor Reiseantritt eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

2.2.4 Versicherte Leistungen für Akutbehandlungen bei vorübergehendem Auslandsaufenthalt

Inhalt dieses Abschnitts:
2.2.4.1 Wofür besteht Versicherungsschutz während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts?
2.2.4.2 Welche Aufwendungen ersetzen wir?

Wir bieten bei akuten Erkrankungen, Unfällen oder Todesfällen während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen.

Daneben beinhaltet dieser Tarif außerdem Versicherungsschutz bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Behandlung (Ziffer 2.2.2) sowie bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Behandlung wegen Krankheit oder Unfallfolgen (Ziffer 2.2.3). Er beinhaltet außerdem zusätzliche Serviceleistungen auch bei Behandlungen innerhalb Deutschlands (siehe Ziffern 2.2.5 bis 2.2.7).

2.2.4.1 Wofür besteht Versicherungsschutz während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts?

(1) Gegenstand des Versicherungsschutzes
Abweichend von Ziffer 1.1.7 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein und den Ziffern 2.2.2. und 2.2.3 besteht Versicherungsschutz nach Ziffern 2.2.1 und 2.2.4 für akute Erkrankungen oder Unfälle sowie für Todesfälle, die während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts eintreten.

(2) Zeitliche Begrenzung bei Aufenthalten außerhalb Europas
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz nach Absatz 1 während der ersten 6 Monate des Auslandsaufenthalts (6monatiger Versicherungsschutz).

Wenn es medizinisch notwendig ist, die →versicherte Person über die ersten 6 Monate hinaus medizinisch zu behandeln, besteht Versicherungsschutz, solange eine Rückreise ihre Gesundheit gefährden würde.

Die Dauer des Versicherungsschutzes kann durch eine gesonderte Vereinbarung über den 6monatigen Versicherungsschutz nach Satz 1 hinaus ausgedehnt werden (Ausdehnungsvereinbarung).

2.2.4.2 Welche Aufwendungen ersetzen wir?

(1) Erstattungsprozentsatz
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen, die nach Vorleistung der Beihilfe und Grundabsicherung verbleiben.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

a) Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ortsübliche Kosten für ambulante Heilbehandlung.

Aufwendungen für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sind erstattungsfähig, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind. Arzneimittel müssen außerdem aus der Apotheke bezogen worden sein.

b) Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ortsübliche Kosten für
- ärztliche Leistungen,
- Krankenhausleistungen einschließlich Krankenpflege, Unterkunft und Verpflegung sowie
- den medizinisch notwendigen Transport zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.

c) Aufwendungen für zahnärztliche Heilbehandlung
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ortsübliche Kosten für
- schmerzstillende Zahnbehandlung,
- Füllungen in einfacher Ausführung sowie
- Reparaturen von Inlays (Einlagefüllungen) und Zahnersatz einschließlich Kronen und Teilkronen.

Aufwendungen für Arzneimittel sind erstattungsfähig, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind. Sie müssen außerdem aus der Apotheke bezogen worden sein.

d) Rücktransporte
Erstattungsfähig sind alle Aufwendungen für einen Rücktransport der →versicherten Person (auch im Ambulanzflugzeug)
- an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz oder
- in das von dort nächsterreichbare geeignete Krankenhaus,

einschließlich der Aufwendungen für die Begleitung beim Rücktransport durch eine andere Person.

Der Aufwendungsersatz setzt voraus, dass
- der Rücktransport medizinisch notwendig ist oder
- nach Abstimmung des Vertragsarztes unserer Notrufzentrale mit dem behandelnden Arzt die Krankenhausbehandlung der versicherten Person im Ausland voraussichtlich länger als 14 Tage dauern wird.

Für den Rücktransport muss das jeweils kostengünstigste Transportmittel gewählt werden, wenn medizinische Gründe nicht entgegenstehen. Wir ersetzen die Aufwendungen ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären.

e) Überführung oder Bestattung bei Tod im Ausland
Wenn die →versicherte Person im Ausland stirbt, sind alle unmittelbaren Aufwendungen einer Überführung des Verstorbenen an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz erstattungsfähig. Wir ersetzen die Aufwendungen ohne Abzug von Kosten, die durch die ursprünglich geplante Rückreise entstanden wären.

Wenn der Verstorbene im Ausland bestattet wird, ersetzen wir die unmittelbar für die Bestattung entstandenen Aufwendungen.

2.2.5 Unsere Serviceleistungen bei Auslandsaufenthalten

Welche Serviceleistungen erbringen wir bei Auslandsaufenthalten?

Wenn nach diesem Tarif oder den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) der für die →versicherte Person abgeschlossenen Grundabsicherung Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten besteht, erbringen wir im Versicherungsfall folgende Serviceleistungen bei einem Auslandsaufenthalt:

- Telefonischer 24-Stunden-Service an 365 Tagen
- Nennung und Vermittlung von Ärzten und Kliniken im Ausland
- Dolmetscher-Service
  Wenn für die versicherte Person eine stationäre Heilbehandlung medizinisch notwendig wird, setzen wir uns mit den behandelnden Ärzten in Verbindung und übersetzen für die versicherte Person die Angaben zur Krankheitsbezeichnung und zu den therapeutischen Maßnahmen. Diese Leistungen erbringen wir in allen gängigen Weltsprachen.
- Betreuung
  Wir stellen über einen von uns beauftragten Arzt den Kontakt zwischen dem jeweiligen Hausarzt der versicherten Person und den behandelnden Krankenhausärzten her. Während des Krankenhausaufenthalts sorgen wir für die Übermittlung von Informationen zwischen diesen beteiligten Ärzten. Diese Leistungen erbringen wir in allen gängigen Weltsprachen.
- Information der Angehörigen der versicherten Person
- Kostenübernahme-Garantie und Direkt-Abrechnung
  Wir geben gegenüber dem Krankenhaus, soweit erforderlich, eine Kostenübernahme-Garantie ab und übernehmen im Auftrag der versicherten Person die Abrechnung mit dem Krankenhaus und den behandelnden Ärzten.
- Organisation des Krankenrücktransports
- Organisation der Bestattung im Ausland oder Überführung aus dem Ausland.

2.2.6 Vermittlung von Spezialisten

Inhalt dieses Abschnitts:
2.2.6.1 Was sind Spezialisten im vertraglichen Sinne?
2.2.6.2 Wann wird ein Termin bei einem Spezialisten vermittelt?
2.2.6.3 Wann gilt die Vermittlung als erfüllt?

Wenn nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) der für die →versicherte Person abgeschlossenen Grundabsicherung Versicherungsschutz besteht, vermitteln wir Spezialisten nach folgenden Regelungen:

2.2.6.1 Was sind Spezialisten im vertraglichen Sinne?

Spezialisten im vertraglichen Sinne sind
- in Deutschland tätige Ärzte,
- die bezüglich der im Diagnose- und Therapieverzeichnis des Tarifs BHEB (siehe Ziffer 2.5) genannten Diagnosen renommiert und anerkannt und
- von uns in die Vermittlung aufgenommen worden sind.

Uns steht es frei zu entscheiden, welche Spezialisten in die Vermittlung aufgenommen werden. Dadurch ergibt sich auch, an welchem Ort die Spezialistenleistung nach dem Diagnose- und Therapieverzeichnis erbracht wird. Die von uns vermittelte Spezialistenleistung wird außerdem nicht unbedingt im nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erbracht.

Es besteht kein Anspruch auf die Vermittlung eines anderen renommierten Arztes, der nicht zu den von uns benannten Spezialisten gehört.

2.2.6.2 Wann wird ein Termin bei einem Spezialisten vermittelt?

(1) Voraussetzungen für die Vermittlung

a) Vorherige fachärztliche Untersuchung
Für die →versicherte Person besteht Anspruch auf Vermittlung eines Termins bei einem Spezialisten im vertraglichen Sinne, wenn uns →schriftlich oder telefonisch mitgeteilt worden ist, dass ein Facharzt
- bei der versicherten Person eine Diagnose aus dem Diagnose- und Therapieverzeichnis des Tarifs BHEB (siehe Ziffer 2.5) festgestellt und
- die der Diagnose im Verzeichnis zugeordnete Therapie zumindest als Behandlungsmöglichkeit bewertet hat.

Ein Krankheitsverdacht, der durch fachärztliche Untersuchung begründet ist, ist aber auch ausreichend, wenn eine Diagnose erst durch die ihr im Verzeichnis zugeordnete Therapie sicher festgestellt werden kann.

b) Anspruch auf Aufwendungsersatz und Transportfähigkeit
Neben den Voraussetzungen nach Absatz a) muss für den Versicherungsfall, für den ein Termin vermittelt werden soll, ein Anspruch auf Aufwendungsersatz für die Leistungsbereiche ambulante oder stationäre Heilbehandlung nach der für die →versicherte Person abgeschlossenen Grundabsicherung bestehen. Außerdem muss die versicherte Person transportfähig sein.

(2) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht
Pro Versicherungsfall wird nur einmalig ein Termin bei einem Spezialisten vermittelt.

2.2.6.3 Wann gilt die Vermittlung als erfüllt?

(1) Benennung des Termins
Die Vermittlung ist erfüllt, wenn wir einen Termin bei einem Spezialisten im vertraglichen Sinne benannt haben. Das gilt unabhängig davon, ob die →versicherte Person diesen Termin wahrnimmt.

Wenn die versicherte Person den Termin mit dem Spezialisten selbst vereinbart, ist die Vermittlung erfüllt, wenn wir ihr den Spezialisten im vertraglichen Sinne benannt haben.

(2) Vertretung des Spezialisten
Die Vermittlung gilt auch dann als erfüllt, wenn der vermittelte Spezialist im vertraglichen Sinne unvorhergesehen verhindert ist und die Spezialistenleistung von seinem ständigen Vertreter erbracht wird.

Die Verhinderung ist unvorhergesehen, wenn der Spezialist durch
- Krankheit,
- eine unplanbare berufliche Verpflichtung, der aufgrund seines Anstellungsvertrags oder einer Güterabwägung Vorrang einzuräumen ist, oder
- durch vergleichbare gravierende Gründe

verhindert ist.

(3) Endgültige Festlegung der Therapie
Die Vermittlung ist auch erfüllt, wenn der vermittelte Spezialist im vertraglichen Sinne keine der in dem Diagnose- und Therapieverzeichnis des Tarifs BHEB (siehe Ziffer 2.5) der Diagnose zugeordnete Therapie erbringt. In diesem Fall besteht die Spezialistenleistung in der endgültigen Festlegung der aus Sicht des Spezialisten erforderlichen Therapie.

2.2.7 Service bei Behandlungsfehlern

Wenn nach diesem Tarif oder den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) der für die →versicherte Person abgeschlossenen Grundabsicherung Versicherungsschutz besteht, bieten wir außerdem folgenden Service:

Welchen Service bieten wir bei Behandlungsfehlern?

Bei entsprechenden ärztlichen oder zahnärztlichen Verdachtsfällen beraten wir Sie kostenlos rund um das Thema "Behandlungsfehler". Wir können Ihnen dabei helfen festzustellen, ob die Behandlung durch Ihren Arzt oder Zahnarzt nach den Regeln der ärztlichen oder zahnärztlichen Kunst erfolgt ist.

2.3 Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

2.3.1 In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?

Wir leisten nicht
a) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen sowie Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind.

Wir leisten dennoch, wenn die →versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt des Kriegsereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets verhindert ist.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

b) für Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen sowie Todesfälle, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt worden sind.

c) für Krankheiten und Unfälle, die die →versicherte Person bei sich selbst vorsätzlich herbeigeführt hat, einschließlich deren Folgen.

d) wenn die Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker oder in Krankenhäusern durchgeführt wird, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund vom Aufwendungsersatz ausgeschlossen haben. Dies setzt voraus, dass wir Sie vor Eintritt des Versicherungsfalls über den Leistungsausschluss benachrichtigt haben. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein →schwebender Versicherungsfall vorliegt, sind wir nicht leistungspflichtig für die Aufwendungen, die nach Ablauf von 3 Monaten seit der Benachrichtigung entstanden sind.

e) für Behandlungen durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten und Auslagen ersetzen wir tarifgemäß.

f) für Behandlungen durch Ärzte und Zahnärzte, denen in Deutschland oder in einem anderen Mitgliedstaat des Europäischen Wirtschaftsraums die Legitimation zur Ausübung des Arzt- oder Zahnarztberufs entzogen worden ist.

g) für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

i) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen.

j) für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger.

k) für verbleibende Aufwendungen, weil die Beihilfe nicht oder nicht in vollem Umfang in Anspruch genommen wird.

l) für während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts im Rahmen einer Heilbehandlung wegen akuter Erkrankung oder Unfalls
- erbrachte Neuanfertigungen von Inlays (Einlagefüllungen), Zahnersatz einschließlich Kronen, Teilkronen und Implantaten,
- erbrachte funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie),
- die mit diesen Leistungen in Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel.

2.3.2 In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?

(1) Unser Recht zur Herabsetzung unserer Leistungen
Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,
- wenn eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart worden sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder
- wenn für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder für sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart worden sind, eine unangemessen hohe Vergütung berechnet wird.

(2) Bemessungskriterien zur Bestimmung der angemessenen Vergütung
Aufwendungen nach
- der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und
- der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

sind nur angemessen, wenn sie nach den dort festgelegten Bemessungskriterien medizinisch gerechtfertigt sind.

Andere Aufwendungen für Behandlung in Deutschland gelten als angemessen, wenn sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen. Aufwendungen für Behandlung im Ausland (siehe dazu Ziffern 2.2.4) gelten als angemessen, wenn sie das dort ortsübliche Maß nicht übersteigen.

2.4 Besondere Regelung zur Beitragsanpassung

Welcher höhere Prozentsatz ist für die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen vereinbart?

Abweichend von Ziffer 1.7.1.1 Absatz 1 Satz 5 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein erfolgt eine Anpassung erst dann, wenn die Gegenüberstellung der erforderlichen und der kalkulierten Versicherungsleistungen für die jeweilige →Beobachtungseinheit des Tarifs eine Abweichung von mehr als 10 Prozent ergibt.

Im Übrigen gilt Ziffer 1.7.1.1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein unverändert.

2.5 Anlage: Diagnose- und Therapieverzeichnis für Vermittlungsleistungen des Tarifs BHEB

Wichtige Information:
Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse im Gesundheitswesen können wir dieses Verzeichnis nach Ziffer 1.7.2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein anpassen.

Diagnose	Vereinfachte Krankheitsbezeichnung	Therapie
- Nicht-maligne Erkrankungen		
Erkrankungen des Gefäßsystems		
Aortenaneurysma	Aussackung der Haupt-Schlagader oder Riss der Innenhaut der Schlagader	Operation
Karotisstenose	Verengung der Hals-Schlagader	Operation
Stenosen der Becken- und Beinarterien	Gefäßverengung oder Gefäßverschluss der Becken- und Bein-Schlagadern	Shunt- oder Bypass-Operation
Erkrankungen des Herzens		
Herzklappen-Erkrankungen	Herzklappen-Erkrankungen	Herzklappen-Operation
Stenosen der Koronargefäße	Verengung oder Verschluss von Herzkranzgefäßen	Koronare Bypass-Operation
Erkrankungen des Bewegungsapparats		
Arthropathien (Hüfte, Knie)	Erkrankungen des Hüft- und Kniegelenks	Einsatz eines künstlichen Gelenks
Bandscheibenprolaps	Bandscheibenvorfall	Operation
Erkrankungen des Nervensystems		
Multiple Sklerose	Chronisch-entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems	Medikamentöse Einstellung
- Malignome		
Maligne Erkrankungen der Atemwege		
Bronchialkarzinom	Lungenkrebs	Operation, Chemotherapie
Larynxkarzinom	Kehlkopfkrebs	Operation
Maligne Erkrankungen des Verdauungstraktes		
Kolorektales Karzinom	Dick- und Enddarmkrebs	Operation
Magenkarzinom	Magenkrebs	Operation
Ösophaguskarzinom	Speiseröhrenkrebs	Operation
Maligne Erkrankungen der Niere und ableitende Harnwege		
Harnblasenkarzinom (inklusive Urethrakarzinom)	Harnblasenkrebs (bis einschließlich Harnröhre)	Operation
Nierenkarzinom (inklusive Ureterkarzinom)	Nierenkrebs (einschließlich Harnleiter)	Operation
Maligne Erkrankungen des weiblichen Genitals und der Brust		
Mammakarzinom	Brustkrebs	Operation
Ovarialkarzinom	Eierstockkrebs	Operation
Uteruskarzinom	Gebärmutterkrebs	Operation
Maligne Erkrankungen des männlichen Genitals		
Maligne Hodentumore	Hodenkrebs	Operation
Prostatakarzinom	Prostatakrebs	Operation
Maligne Erkrankung der Haut und Schleimhäute		
Malignes Melanom	Schwarzer Hautkrebs	Operation
Neoplasien des zentralen Nervensystems		
Intrakranielle Tumore (primär, keine Metastasen)	Geschwulst im Gehirn oder an den Gehirnhäuten	Operation
Intraspinale Tumore (primär, keine Metastasen)	Geschwulst im Rückenmark oder an den Rückenmarkshäuten	Operation

Teil B - Pflichten für alle Bausteine - Private Krankenversicherung

Hier finden Sie die übergreifenden Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine aus Teil A gelten. Geregelt werden auch die Folgen von Pflicht- und Obliegenheitsverletzungen.

Welche besonderen Obliegenheiten in Bezug auf den jeweiligen Baustein beachtet werden müssen, finden Sie in Teil A.

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Anzeigepflicht

a) Gegenstand der Anzeigepflicht
Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Die Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

b) Zurechnung der Kenntnis Dritter Personen
Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet, werden Ihnen Kenntnis und Arglist dieser Person zugerechnet.

(2) Nachteilige Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung

a) Unsere Rechte bei Anzeigepflichtverletzung
Die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht ergeben sich aus §§ 19 bis 22 und §§ 194 Absatz 1 Satz 3, 206 Absatz 1 Satz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir

- vom Vertrag zurücktreten,
- von unserer Leistungspflicht frei sein,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

b) Frist für die Ausübung unserer Rechte
Wenn seit dem Abschluss des Vertrags mehr als 3 Jahre verstrichen sind, erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung. Das gilt nicht, wenn wir von einer Anzeigepflichtverletzung durch einen Versicherungsfall Kenntnis erlangt haben, der vor Ablauf dieser Frist eingetreten ist. Die Frist nach Satz 1 beträgt 10 Jahre, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

Unser Recht zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung erlischt, wenn seit der Abgabe Ihrer Vertragserklärung 10 Jahre verstrichen sind.

(3) Ihr Kündigungsrecht bei Vertragsänderung
Wenn wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen, können Sie den Vertrag nach Maßgabe von § 19 Absatz 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) kündigen.

Bei einer Krankheitskosten-Versicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dient, setzt die Kündigung voraus, dass für die →versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt.

Die Kündigung wird nur wirksam, wenn Sie uns innerhalb von 2 Monaten nach Ihrer Kündigungserklärung nachweisen, dass die versicherte Person bei dem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist. Wenn der Zeitpunkt, zu dem Sie die Kündigung ausgesprochen haben, mehr als 2 Monate nach Ihrer Kündigungserklärung liegt, müssen Sie den Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbringen.

(4) Erweiterung des Versicherungsschutzes
Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

(5) Formerfordernisse
Unsere Ausübung des Rechts auf Rücktritt, Kündigung, Anfechtung oder Vertragsänderung bedarf der →Schriftform. Die Ausübung des Rechts per Fax oder per E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

Ihre Kündigungserklärung nach Absatz 3 bedarf der Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail).

2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:

2.1 **Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?**
2.2 **Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?**
2.3 **Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?**
2.4 **Welche Besonderheiten gelten bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskosten-Versicherung?**

2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsperiode
Die Beiträge für Ihre Versicherung müssen Sie als laufende Monatsbeiträge zahlen.

(2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

a) Erster Beitrag
Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass die Versicherung erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

b) Folgebeiträge
Die Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten fällig, wenn nichts anderes vereinbart ist.

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn

- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies nicht zu vertreten haben, ist die Zahlung auch dann noch

rechtzeitig, wenn sie unverzüglich erfolgt, nachdem wir Sie in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) zur Zahlung aufgefordert haben.

(4) Besondere Pflicht bei Zahlung im Lastschriftverfahren
Wenn vereinbart ist, dass der Beitrag von einem Konto eingezogen wird (Lastschriftverfahren), muss uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt werden. Wir können verlangen, dass dieses in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) erteilt wird.

(5) Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens bei fehlgeschlagenem Einzug
Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies zu vertreten haben, können wir für die Zukunft verlangen, dass Zahlungen nur noch außerhalb des Lastschriftverfahrens erfolgen.

(6) Übermittlungsrisiko
Die Übermittlung des Beitrags erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

2.2 Was gilt, wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Gefährdung des Versicherungsschutzes

a) Beginn des Versicherungsschutzes
Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig (siehe Teil C Ziffer 1).

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 a) zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen.

b) Leistungsfreiheit
Wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen und auch bis zum Eintritt eines Versicherungsfalls nicht gezahlt haben, sind wir für diesen Versicherungsfall nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Ihre Zahlung unverschuldet unterblieben ist.

Wir leisten jedoch zumindest für einen Teil des Versicherungsfalls, wenn dies in den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Ziffer 1) oder in den Tarifbedingungen (Ziffer 2) in Teil A geregelt ist.

Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags hingewiesen haben.

(2) Unser Rücktrittsrecht
Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

2.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Verzug
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 b) zahlen, geraten Sie ohne weitere Zahlungsaufforderung in Verzug, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Wir sind berechtigt, Ersatz des Schadens zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist.

(2) Fristsetzung
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens 2 Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn wir darin den rückständigen Beitrag, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Absätzen 3 bis 5 mit dem Fristablauf verbunden sind.

(3) Kein Versicherungsschutz bei erfolglosem Fristablauf
Für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintreten, besteht kein Versicherungsschutz, wenn

- Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden und
- wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(4) Unser Kündigungsrecht bei erfolglosem Fristablauf
Wenn Sie nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch immer mit Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Wenn Sie bei Ablauf der Frist noch immer mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, wird die Kündigung dann automatisch wirksam. Hierauf werden wir Sie bei Kündigung ausdrücklich hinweisen.

(5) Fortbestand des Vertrags, wenn Sie den angemahnten Betrag nachzahlen
Unsere Kündigung wird unwirksam und der Vertrag besteht fort, wenn Sie den angemahnten Betrag innerhalb eines Monats nachzahlen. Die Monatsfrist beginnt mit der Kündigung oder, wenn die Kündung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, mit Ablauf der Zahlungsfrist.

Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Nachzahlung eintreten, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

2.4 Welche Besonderheiten gelten bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskosten-Versicherung?

(1) Erste Mahnung bei Beitragsrückstand
Wenn Sie bei einer Krankheitskosten-Versicherung, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz - VVG) dient, einen Beitragsrückstand in Höhe von 2 Monatsbeiträgen haben, gilt Folgendes:

- Sie erhalten auf Ihre Kosten eine Mahnung.
- Für jeden angefangenen Monat des Rückstands sind ein Säumniszuschlag von einem Prozent des Beitragsrückstands sowie Mahnkosten zu zahlen.

(2) Zweite Mahnung bei Zahlungsrückstand
Wir mahnen Sie ein zweites Mal, wenn der Zahlungsrückstand (Beitragsrückstand und offene Säumniszuschläge) 2 Monate nach Zugang unserer Mahnung noch höher ist als der Beitragsanteil für einen Monat. Dabei weisen wir auf das mögliche Ruhen des Vertrags hin.

(3) Ruhen des Vertrags bei Zahlungsrückstand
Wenn ein Monat, nachdem Sie unsere zweite Mahnung erhalten haben, weiterhin ein Zahlungsrückstand (Beitragsrückstand und offene Säumniszuschläge) besteht, gilt Folgendes:

- Der Vertrag ruht ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats.
- Solange der Vertrag ruht, gilt die →versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Dies setzt voraus, dass der Zahlungsrückstand nach Satz 1 höher ist als der Beitragsanteil für einen Monat. Wenn das nicht der Fall ist, ruht der Vertrag nicht und er gilt unverändert fort.

(4) Kein Ruhen bei Schuldenausgleich oder Hilfebedürftigkeit
Das Ruhen des Vertrags tritt nicht ein oder endet,

- wenn Sie alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile einschließlich Säumniszuschläge und Beitreibungskosten gezahlt haben oder
- wenn Sie hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) sind oder werden oder

- für die →versicherte Person, wenn diese hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) ist oder wird.

Sie müssen uns die Hilfebedürftigkeit durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) nachweisen. Wir können in angemessenen Abständen verlangen, dass Sie uns eine neue Bescheinigung vorlegen.

(5) Fortsetzung der Versicherung nach dem Ruhen des Vertrags
Wenn das Ruhen des Vertrags nach Absatz 4 nicht eingetreten ist, gilt er unverändert fort. Wenn aber das Ruhen des Vertrags eingetreten ist und es später nach Absatz 4 durch Ausgleich der Schulden oder wegen Hilfebedürftigkeit endet, gilt Folgendes:

- Der Vertrag wird in dem Tarif fortgesetzt, in dem die →versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert gewesen ist.
- Wenn das Ruhen durch den Ausgleich der Schulden endet, erfolgt diese Fortsetzung zum Beginn des zweiten Monats, der auf das Ende des Ruhens folgt. Wenn das Ruhen wegen ihrer Hilfebedürftigkeit endet, erfolgt die Fortsetzung ab dem Eintritt der Hilfebedürftigkeit.
- In beiden Fällen stellen wir die versicherte Person so, wie sie vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) gestanden hat. Das gilt nicht für die Anteile der →Alterungsrückstellung, die während der Ruhenszeit verbraucht worden sind.
- Beitragsanpassungen und Änderungen der Versicherungsbedingungen, die wir während des Ruhens des Vertrags vorgenommen haben, gelten ab dem Tag der Fortsetzung.

3. Rechtsfolgen bei Obliegenheitsverletzungen

Inhalt dieses Abschnitts:
3.1 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?
3.2 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?

3.1 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

(1) Nachteilige Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht
Wenn Sie eine →Obliegenheit verletzen, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Im Einzelnen gilt:
- Wenn Sie die Obliegenheit vorsätzlich verletzen, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn Sie die Obliegenheit grob fahrlässig verletzen, sind wir berechtigt, die Versicherungsleistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Sie kann gegebenenfalls zum vollständigen Anspruchsverlust führen. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistung nicht.

Auch im Falle von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben wir insoweit zur Leistung verpflichtet, als Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war. Dies gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

(2) Unser Kündigungsrecht
Wenn Sie eine →Obliegenheit aus diesem Vertrag verletzen, die Sie vor Eintritt des Versicherungsfalls erfüllen müssen, können wir zusätzlich zu den in Absatz 1 genannten Rechten den Vertrag fristlos kündigen. Die Kündigung können wir nur innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, erklären.

Die Kündigung ist ausgeschlossen,
- wenn Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist oder
- wenn es sich um eine Krankheitskosten-Versicherung handelt, die der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) dient.

3.2 Wie werden Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zugerechnet?

Die Kenntnis und das Verhalten der →versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Die →Obliegenheiten müssen deshalb nicht nur von Ihnen erfüllt werden, sondern auch von der versicherten Person.

Teil C - Allgemeine Regelungen - Private Krankenversicherung

Hier befindet sich die allgemeine Regelung über den Beginn des Versicherungsschutzes. Sie finden hier außerdem allgemeine Regelungen zur Durchführung Ihres Vertrags.

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Grundsatz
Der Versicherungsschutz beginnt zum vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie den ersten Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil B Ziffer 2.1 Absatz 2 a) zahlen.

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen (siehe Teil B Ziffer 2.2 Absatz 1).

(2) Wartezeiten
Wenn Wartezeiten vereinbart sind, beginnt der Versicherungsschutz erst mit deren Ablauf.

(3) Versicherungsfälle vor Beginn des Versicherungsschutzes
Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

Wir leisten jedoch für den Teil des Versicherungsfalls, der nach Beginn des Versicherungsschutzes liegt, wenn dies in den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Ziffer 1) oder in den Tarifbedingungen (Ziffer 2) in Teil A geregelt ist.

(4) Erweiterung des Versicherungsschutzes
Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gelten die Absätze 1 bis 3 auch für diese Erweiterung des Versicherungsschutzes.

2. Versicherung für fremde Rechnung

Was gilt bei einer Versicherung für fremde Rechnung?

(1) Rechte aus dem Vertrag
Wenn Sie den Vertrag im eigenen Namen für einen anderen schließen (Versicherung für fremde Rechnung), können ausschließlich Sie als →Versicherungsnehmer die Rechte aus dem Vertrag ausüben. Dies gilt auch dann, wenn die →versicherte Person den Versicherungsschein besitzt.

(2) Leistungsempfänger
Grundsätzlich sind allein Sie berechtigt, die Versicherungsleistung in Empfang zu nehmen.

Sie können jedoch die →versicherte Person uns gegenüber in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) als empfangsberechtigt für die Versicherungsleistungen benennen. In diesem Fall ist allein die versicherte Person berechtigt, ihre Versicherungsleistung in Empfang zu nehmen. Sie können die Empfangsberechtigung widerruflich oder unwiderruflich erteilen.

(3) Kenntnis und Verhalten der versicherten Person
Die Kenntnis und das Verhalten der →versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verhalten gleich. Das bedeutet beispielsweise, dass die →Obliegenheiten nicht nur von Ihnen zu erfüllen sind, sondern auch von der versicherten Person.

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es nicht an, wenn
- der Vertrag ohne ihr Wissen abgeschlossen worden ist oder
- es ihr nicht möglich oder zumutbar war, Sie rechtzeitig zu benachrichtigen.

Auf die Kenntnis der versicherten Person kommt es dagegen an,
- wenn Sie den Vertrag ohne Auftrag der versicherten Person geschlossen und
- uns bei Abschluss des Vertrags nicht darüber informiert haben.

3. Deutsches Recht

Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

4. Beschwerdemöglichkeiten

Welche Beschwerdemöglichkeiten gibt es?

Ihnen stehen die nachfolgend genannten Beschwerdemöglichkeiten zur Verfügung:

(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 Ihren Versicherungsvermittler richten.

(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.

(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 sich auch an diese wenden.

(4) Rechtsweg
Unabhängig von der Beschwerde haben Sie immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

5. Zuständiges Gericht

Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

(1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen
Sie können aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung bei dem Gericht Klage erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

Alternativ können Sie bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Versicherungsnehmer eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

(2) Zuständiges Gericht für unsere Klagen
Wir können aus dem Versicherungsvertrag bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn der →Versicherungsnehmer eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige deutsche Gericht nach seinem Geschäftssitz.

Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet. Dies gilt entsprechend, wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person oder eine parteifähige Personengesellschaft ist und sein Geschäftssitz unbekannt ist.

(3) Versicherungsnehmer außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz
Wenn Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, können sowohl Sie als auch wir Klage aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

(4) Schädigendes Ereignis im Ausland
Wenn Sie bei Vertragsabschluss Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben und ein versichertes schädigendes Ereignis im Ausland eintritt, können Klagen in diesem Zusammenhang ausschließlich vor einem deutschen Gericht erhoben werden.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz in Deutschland haben, ergeben sich die zuständigen deutschen Gerichte aus den Absätzen 1 und 2.

Wenn Sie im Zeitpunkt der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, gewöhnlichen Aufenthaltsort oder Geschäftssitz nicht in Deutschland haben, können Klagen bei dem Gericht erhoben werden, das für unseren Geschäftssitz zuständig ist.

Wenn nach dem Gesetz weitere deutsche Gerichtsstände bestehen, die nicht durch Vereinbarung ausgeschlossen werden können, können Sie auch dort Klage erheben.

6. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen
Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren gemäß § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in 3 Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung sind in §§ 195 bis 213 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geregelt.

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung
Wenn ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet wurde, ist dessen Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) zugeht.

7. Aufrechnung

Was gilt bei Aufrechnung uns gegenüber?

Sie können gegen unsere Forderungen nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Erläuterung von Fachausdrücken

Hier erläutern wir Ihnen Fachausdrücke, die wir in den Versicherungsbedingungen für die Private Krankenversicherung verwenden. Möglicherweise sind nicht alle erläuterten Fachausdrücke in Ihren Versicherungsbedingungen enthalten.

Alterungsrückstellung.
Die Bildung einer Alterungsrückstellung ist gesetzlich geregelt. Sie beruht auf dem Gedanken, dass die Risikobeiträge mit zunehmendem Alter wegen der erhöhten Krankheitsanfälligkeit eigentlich kontinuierlich steigen müssten. Um das zu vermeiden, werden die Beiträge - soweit Ihr Baustein die Bildung einer Alterungsrückstellung vorsieht - in den ersten Jahren höher als der aktuelle Risikobeitrag kalkuliert (Ansparphase). Dieser sogenannte Sparbeitrag führt im wesentlichen zur Bildung einer Alterungsrückstellung. In dem Umfang, in dem eine Alterungsrückstellung in der Ansparphase angesammelt worden ist, wird in den späteren Jahren, in denen der Beitrag geringer als der erforderliche Risikobeitrag ist, der Fehlbetrag aus der Alterungsrückstellung genommen (Entsparphase). In diesem Umfang sind somit Beitragserhöhungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ausgeschlossen.

Anwartschaftsversicherung.
Sie kann für bestimmte Lebensumstände abgeschlossen werden und ermöglicht die Umstellung des Versicherungsschutzes auf den vereinbarten Tarif nach den vertraglichen Vereinbarungen; unter anderem bei fristgerechtem Antrag ohne erneute Risikoprüfung. Die Anwartschaftsversicherung ist beitragspflichtig. Während der Anwartschaftsversicherung besteht jedoch kein Anspruch auf Versicherungsleistungen.

Beobachtungseinheit.
Das ist ein gesetzlicher Begriff. Er ist maßgeblich für die Beitragskalkulation. Was als Beobachtungseinheit anzusehen ist, richtet sich nach Risikogesichtspunkten und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.

Card für Privatversicherte ("AllianzCard").
Sie ist ein Krankenhausausweis, den wir unseren Kunden mit ständigem Wohnsitz in Deutschland - abhängig vom vereinbarten Versicherungsschutz - aushändigen. Die "AllianzCard" enthält eine prozentuale Leistungszusage für stationäre Heilbehandlung und hat im ambulanten Bereich eine reine Ausweisfunktion. Wenn das Krankenhaus an dem Direktabrechnungsverfahren teilnimmt, rechnen wir die Unterkunftskosten unmittelbar mit dem Rechnungssteller ab. Legen Sie dazu einfach Ihre "AllianzCard" im Krankenhaus vor. Das Direktabrechnungsverfahren erfasst nicht die Erstattung von Rechnungen für behandelnde Ärzte. Reichen Sie uns diese gesondert zur Regulierung ein.

Eintrittsalter.
Das Eintrittsalter bezeichnet das erreichte Lebensalter der versicherten Person bei Eintritt in den jeweiligen Tarif. Anhand dieses Alters wird der Beitrag kalkuliert.

Gruppenversicherungsvertrag.
Ein Vertrag, den wir mit einem Unternehmen oder einer Organisation (zum Beispiel Verband, Vereinigung, Gesellschaft) abgeschlossen haben. Der Gruppenversicherungsvertrag regelt unter anderem, wer versichert werden kann (zum Beispiel Mitarbeiter eines Unternehmens, Mitglieder eines Vereins), und die besonderen Vertragsinhalte, insbesondere welche speziellen Konditionen gelten oder zu welchen Bedingungen weitere Personen (zum Beispiel Familienangehörige) versichert werden können.

Karenzzeit.
Als Karenzzeit bezeichnet man den Zeitraum zwischen der ersten ärztlichen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit und dem tariflich vorgesehenen Leistungsbeginn. Während der Karenzzeit besteht kein Anspruch auf Leistungen.

Kollektivvertrag.
Ein Vertrag, den wir mit einem Unternehmen oder einer Organisation (zum Beispiel Verband, Vereinigung, Gesellschaft) abgeschlossen haben. Der Kollektivvertrag regelt unter anderem, wer versichert werden kann (zum Beispiel Mitarbeiter eines Unternehmens, Mitglieder eines Vereins), und die besonderen Vertragsinhalte, insbesondere welche speziellen Konditionen gelten oder zu welchen Bedingungen weitere Personen (zum Beispiel Familienangehörige) versichert werden können.

Krankengeld.
Eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung als Ersatz für einen Verdienstausfall bei Arbeitsunfähigkeit. Sie steht gesetzlich Versicherten nach den gesetzlichen Vorschriften und vertraglichen Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu.

Mindestversicherungsdauer.
Während dieser Zeit ist für beide Vertragsparteien eine ordentliche Kündigung vertraglich ausgeschlossen.

Obliegenheit.
Es handelt sich um eine verhaltensbezogene Pflicht des Versicherten, die vertraglich zwischen uns und Ihnen vereinbart wird. Bei einer Verletzung dieser Pflicht treten nachteilige Folgen ein, die an § 28 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) anknüpfen und in den Versicherungsbedingungen beschrieben sind.

Produktgruppe UNI.
Zur Produktgruppe UNI gehören Tarife, bei denen die Berücksichtigung des Geschlechts bei der Beitragsberechnung nicht zu unterschiedlichen Beiträgen und Leistungen führt. Wenn der Tarif zur Produktgruppe UNI gehört, haben wir dies in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) ausdrücklich angegeben.

Für Tarife der Produktgruppe UNI gelten außerdem teilweise andere vertragliche Regelungen als für die sonstigen Tarife. Auch dies haben wir in den Versicherungsbedingungen entsprechend kenntlich gemacht.

Risikoprüfung.
Sie dient vor allem einer realistischen Einschätzung des zu versichernden Risikos. Es werden die Umstände geprüft, die nach unseren Erkenntnissen für die Übernahme und finanzielle Bewertung des Risikos maßgeblich sind.

Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung.
Von den erwirtschafteten Überschüssen aus dem Versicherungsgeschäft wird ein Teil der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zugeführt. Daraus werden nach den gesetzlichen Vorschriften Gelder entnommen und als erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung an die Kunden gezahlt (unser Bonus-Programm). In den Versicherungsbedingungen und dem Merkblatt zur erfolgsabhängigen Beitragsrückerstattung sind die Voraussetzungen für die Zahlungen geregelt.

Schriftform.
Schriftform bedeutet grundsätzlich, dass eine eigenhändig unterzeichnete Erklärung erforderlich ist. Für die Unterzeichnung ist die Unterschrift mit dem Namen am Ende der Erklärung notwendig. Dies dient Ihrer und unserer Rechtssicherheit.

schriftlich.
Die Erklärung muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in Schriftzeichen geeigneten Weise abgegeben sein. Hierfür kommen zum Beispiel Brief oder E-Mail in Betracht. Es müssen die Person des Erklärenden genannt und der Abschluss der Erklärung erkennbar gemacht sein.

schwebender Versicherungsfall.
Der Versicherungsfall ist je Baustein in den Allgemeinen Regelungen oder in den Tarifbedingungen vertraglich vereinbart. Ein schwebender Versicherungsfall liegt vor, wenn ein Versicherungsfall eingetreten, aber noch nicht beendet ist.

substitutiv.
Eine Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder

Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (§ 195 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz - VVG).

technische Berechnungsgrundlagen.
Ein Sammelbegriff für die Gesamtheit aller Unterlagen und Daten, die wir der Beitragskalkulation zugrunde legen.

Treuhänder.
Die Einbindung eines Treuhänders ist gesetzlich vorgeschrieben. Besondere Bedeutung haben Treuhänder, wenn es um eine erforderliche Vertragsänderung (wie die Anpassung von Versicherungsbedingungen oder Beiträgen) geht. Zum Treuhänder kann nur bestellt werden, wer fachlich geeignet und vom Versicherungsunternehmen unabhängig ist. Der Treuhänder ist gegenüber der Aufsichtsbehörde benannt.

Übertragungswert.
Die Höhe der Alterungsrückstellung, die bei einem Versicherungswechsel in der substitutiven Krankheitskosten-Versicherung nach gesetzlichen Vorschriften vom bisherigen Krankenversicherer auf den neu gewählten Versicherer übertragen werden kann.

versicherte Person.
Die Person, die vereinbarungsgemäß unmittelbar unter den Versicherungsschutz des Versicherungsvertrags fällt. Sie wird im Versicherungsschein angegeben.

Versicherungsfähigkeit.
Eine in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) geregelte, personengebundene Eigenschaft. Sie muss von der versicherten Person während der Versicherung erfüllt werden. Ihr Wegfall führt dazu, dass die versicherte Person nicht mehr in dem Tarif versichert bleiben kann.

Versicherungsnehmer.
Unser Partner des Versicherungsvertrags. Die Versicherungsbedingungen wenden sich deshalb an den Versicherungsnehmer.