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).

Außerdem gelten für diesen Tarif die Besonderen Regelungen zum Gruppenversicherungsvertrag.

Tarif Ärzte Best 100 (MB100) - Gruppenversicherung

Dieser Tarif gehört zur Tarif-Serie Ärzte. Er hat die Kurzbezeichnung MB100.

Der Tarif MB100 gehört zur →Produktgruppe UNI. Außerdem sieht der Tarif den Aufbau eines →Übertragungswerts vor.

2.1 Erforderliche Eigenschaften der versicherten Person

Inhalt dieses Abschnitts:

2.1.1 Welche Voraussetzung muss die zu versichernde Person bei Abschluss des Tarifs erfüllen (Aufnahmefähigkeit)?
2.1.2 Welche Eigenschaft muss die versicherte Person während der Versicherung nach diesem Tarif erfüllen und was gilt bei Wegfall dieser Eigenschaft (Versicherungsfähigkeit)?
2.1.3 Welche Bedeutung hat die Zugehörigkeit zum versicherbaren Personenkreis?

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 dieser Eigenschaft (Versicherungsfähigkeit)?

Die →versicherte Person ist nach diesem Tarif versicherungsfähig, solange sie
- Arzt oder
- Familienangehöriger eines bei uns versicherten Arztes ist.

Mit Wegfall dieser Eigenschaft endet der Tarif für die betroffene versicherte Person.

2.1.3 Welche Bedeutung hat die Zugehörigkeit zum versicherbaren Personenkreis?

Die →versicherte Person muss zu dem versicherbaren Personenkreis nach dem →Gruppenversicherungsvertrag gehören. Bei Wegfall dieser Eigenschaft enden die für sie abgeschlossenen Tarife nach den Besonderen Regelungen zum Gruppenversicherungsvertrag.

2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

2.2.1 Ambulante Behandlung in Deutschland

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.1.1 Welcher besondere Versicherungsfall gilt zusätzlich und 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 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ärztlichen Behandlung?
2.2.1.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ärztlichen künstlichen Befruchtung?
2.2.1.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Psychotherapie?
2.2.1.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Soziotherapie?
2.2.1.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei alternativ-medizinischen Verfahren?
2.2.1.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)?
2.2.1.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Sehhilfen?
2.2.1.12 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Anschlussheilbehandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation?
2.2.1.13 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung?
2.2.1.14 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?
2.2.1.15 Welche Selbstbeteiligung ist bei Aufwendungen für Verbandmaterialien, Arzneimittel sowie Harntest- und Bluttest-Streifen vereinbart?
2.2.1.16 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Krankentransporte, Krankenfahrten und Fahrten eines Notarztes?
2.2.1.17 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?
2.2.1.18 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

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

2.2.1.1 Welcher besondere Versicherungsfall gilt zusätzlich und welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?

(1) Besonderer Versicherungsfall
Zusätzlich zu den in Ziffer 1.1.1 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein genannten Versicherungsfällen gilt als Versicherungsfall auch der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch wegen
- medizinisch notwendiger Indikation (zum Beispiel bei Gefahr für das Leben der Schwangeren) oder
- kriminologischer Indikation (zum Beispiel bei Schwangerschaft aufgrund einer Vergewaltigung).

(2) Maßgeblicher Zeitpunkt für das Entstehen der Aufwendungen
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
Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhaus-Ambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Ärzten.

(2) Auswahl von juristischen Personen
Die Aufwendungen für Leistungen von folgenden →juristischen Personen sind ebenfalls versichert:
- Institute, die auf Veranlassung eines Arztes 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.

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

(1) Besonderheiten bei Psychotherapie

a) Zusageerfordernis
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.

b) Ausnahme vom Zusageerfordernis
Vom Zusageerfordernis nach Absatz a) gilt folgende Ausnahme:

Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns nicht, wenn der Leistungserbringer zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

(2) Besonderheiten bei Soziotherapie
Zusätzlich zu den in Ziffer 2.2.1.2 genannten Ärzten hat die →versicherte Person bei einer Soziotherapie die freie Wahl unter den geeigneten nichtärztlichen Leistungserbringern (zum Beispiel Sozialpädagogen, Fachkrankenschwestern oder -pfleger für Psychiatrie), wenn wir vor Behandlungsbeginn
- eine ärztliche Verordnung sowie einen Betreuungsplan erhalten und
- eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

Welche Leistungserbringer geeignet sind, ist in Ziffer 2.2.1.8 Absätze 1 und 2 geregelt.

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.

Die Soziotherapie richtet sich an Menschen, die wegen einer schweren psychischen Erkrankung außer Stande sind, medizinische Leistungen selbstständig zu nutzen. Sie soll diese in die Lage versetzen, andere ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen in Anspruch zu nehmen. Hierzu umfasst die Therapie Trainings- und Motivationsmethoden sowie Koordinierungsmaßnahmen.

(3) Besonderheiten bei künstlicher Befruchtung
Für Maßnahmen im Rahmen der künstlichen Befruchtung leisten wir nur, wenn wir vor Behandlungsbeginn
- einen Therapie- 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.

(4) Besonderheiten bei ambulanten Anschlussheilbehandlungen
Wenn bei einer Weiterbehandlung, die zeitlich eng mit der vorangegangenen akuten stationären Heilbehandlung der →versicherten Person zusammenhängt,
- eine ambulante Weiterbehandlung medizinisch notwendig ist und
- der Behandlungserfolg nicht auch durch einzelne ärztliche oder physikalisch-medizinische Maßnahmen (siehe Ziffer 2.2.1.14 Absatz 1) erzielt werden kann (ambulante Anschlussheilbehandlung),

leisten wir nur, wenn wir vor Beginn der Weiterbehandlung eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

Ob ein enger zeitlicher Zusammenhang vorliegt, bestimmt sich nach der zu behandelnden Erkrankung oder Unfallfolge. Unabhängig davon liegt er immer vor, wenn die versicherte Person die ambulante Anschlussheilbehandlung innerhalb von 2 Wochen beginnt, nachdem die akute stationäre Heilbehandlung beendet worden ist.

Um die Zusage erteilen zu können, prüfen wir, ob und in welchem Umfang wir nach den vertraglichen Bestimmungen zur Leistung verpflichtet sind. Zu diesem Zweck können wir verlangen, dass Sie uns dafür einen Befundbericht vorlegen. 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, sowie für
- Schröpfen,
- Akupunktur zur Schmerztherapie,
- Chirotherapie,
- Osteopathie,
- Eigenblut-Behandlung und
- therapeutische Lokalanästhesie.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

2.2.1.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ärztlichen Behandlung?

(1) Aufwendungen für ambulante Heilbehandlung
Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung - mit Ausnahme von künstlicher Befruchtung (siehe dazu Ziffer 2.2.1.6) und Psychotherapie (siehe dazu Ziffer 2.2.1.7) sowie ambulanter Anschlussheilbehandlung (siehe dazu Ziffer 2.2.1.12) - ersetzen wir 100 Prozent der Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Zu den ärztlichen Leistungen zählen zum Beispiel Beratungen, Besuche (einschließlich Hausbesuche), Untersuchungen, Sonderleis-

tungen (zum Beispiel Anlegen von Verbänden, Blutentnahmen, Injektionen und sonografische Leistungen), Operationen, Dialysen und Heimdialysen sowie Wegegelder und Reiseentschädigungen des Arztes.

Ebenfalls zu den ärztlichen Leistungen zählen operative Maßnahmen zur Sehschärfen-Korrektur (zum Beispiel Lasik, Lasek oder Linsen-Implantation).

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(2) Aufwendungen für Vorsorge-Untersuchungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für medizinisch notwendige ärztliche Vorsorge-Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (zum Beispiel Vorsorge-Untersuchungen nach gesetzlich eingeführten Programmen, allerdings ohne die dort geltenden Altersbeschränkungen), die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Aufwendungen für Schutzimpfungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- Schutzimpfungen, die von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut empfohlen werden,
- Schutzimpfungen gegen Hepatitis B sowie
- Reise-Impfungen,

die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind, einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff.

Nicht erstattungsfähig sind Impfungen wegen der beruflichen Tätigkeit der →versicherten Person - mit Ausnahme von Schutzimpfungen gegen Hepatitis B - sowie die Malaria-Prophylaxe.

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

2.2.1.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ärztlichen künstlichen Befruchtung?

(1) Spezielle Leistungsvoraussetzungen
Der Ersatz von Aufwendungen für eine medizinisch notwendige künstliche Befruchtung nach den Absätzen 2 bis 4 setzt voraus, dass
- bei der →versicherten Person eine organisch bedingte Sterilität vorliegt,
- nach Feststellung durch einen Facharzt für Gynäkologie eine hinreichende Erfolgswahrscheinlichkeit für die Herbeiführung der Schwangerschaft besteht und
- die weibliche Person, die behandelt werden soll, zum Behandlungsbeginn noch nicht 41 Jahre alt ist.

(2) Versicherte Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht
Der Ersatz von Aufwendungen für künstliche Befruchtung ist auf höchstens 4 Versuche pro →versicherte Person und reproduktionsmedizinischem Verfahren (zum Beispiel Insemination nach hormoneller Stimulation, In-Vitro-Fertilisation oder In-Vitro-Fertilisation mit Intracytoplasmatischer Spermieninjektion) begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil die versicherte Anzahl an Versuchen pro versicherte Person und reproduktionsmedizinischem Verfahren überschritten worden ist.

Außerdem sind wir nicht leistungspflichtig, wenn wir versicherte Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren erbracht haben, die bereits zu 2 Geburten geführt haben.

(4) Nachrangige Leistungspflicht bei anderen Leistungsträgern
Wenn für den Partner der →versicherten Person, für den bei uns keine →substitutive Krankheitskosten-Versicherung abgeschlossen ist, bei
- einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB),
- einem anderen privaten Krankenversicherer oder
- einem sonstigen Leistungsträger

Anspruch auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren besteht, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

(5) Aufwendungen für eine vorbereitende Kryo-Konservierung
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für eine einmalige Kryo-Konservierung von
- Ei- oder Samen-Zellen oder Keimzell-Gewebe und
- dazu gehörende ärztliche Leistungen.

Dies setzt voraus, dass
- die →versicherte Person eine keimzellschädigende Therapie erhält und
- die Aufbewahrung dazu dient, später eine Schwangerschaft nach den Absätzen 1 und 3 künstlich herbeizuführen.

Wenn Zellen oder Gewebe einer weiblichen versicherten Person aufbewahrt werden sollen, darf sie zu Beginn der Kryo-Konservierung noch keine 41 Jahre alt sein.

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

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.3. auf einen angemessenen Betrag herabsetzen

2.2.1.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Psychotherapie?

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Psychotherapie gilt Folgendes:

(1) Erstattungsprozentsätze
Wir ersetzen pro →versicherte Person und Versicherungsfall
- 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zur 30. Sitzung.
- 70 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen ab der 31. Sitzung.

(2) Erstattungsfähige Aufwendungen

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 über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

b) 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 über die Höchstsätze hinaus erstattungsfähig, die sich aus der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in Verbindung mit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ergeben. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

2.2.1.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Soziotherapie?

Wenn Maßnahmen im Rahmen einer ambulanten Soziotherapie von einem Arzt erbracht werden, gilt Ziffer 2.2.1.5 Absatz 1. Zusätzlich gilt bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung:

(1) Versicherte Leistung
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für folgende Soziotherapie:
- Es handelt sich um eine Soziotherapie nach der jeweils geltenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).
- Sie wird von geeigneten nichtärztlichen Leistungserbringern (zum Beispiel Sozialpädagogen, Fachkrankenschwestern oder -pfleger für Psychiatrie) erbracht (siehe dazu auch Absatz 2).

(2) Leistungsvoraussetzungen
Für den Anspruch nach Absatz 1 müssen folgende Leistungsvoraussetzungen erfüllt sein:

- Schwere psychische Erkrankung
  Die →versicherte Person leidet an einer schweren psychischen Erkrankung im Sinne der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (zum Beispiel Schizophrenie). Sie ist wegen dieser Erkrankung nicht in der Lage, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen.

- Ersetzung, Vermeidung oder Verkürzung von Krankenhausbehandlung
  Eine stationäre Heilbehandlung der versicherten Person ist geboten, aber nicht ausführbar. Wenn das nicht der Fall ist, muss die Soziotherapie eine stationäre Heilbehandlung vermeiden oder verkürzen.

- Geeigneter Leistungserbringer
  Die Soziotherapie wird von einem Leistungserbringer erbracht, der einen Vertrag nach § 132 d Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen hat. Wir sind auch leistungspflichtig, wenn dieser Leistungserbringer in der Rechtsform einer →juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Ziffer 2.2.1.2 Absatz 2 Satz 2 gilt in diesem Fall nicht.

(3) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht
Der Ersatz von Aufwendungen für Soziotherapie ist pro →versicherte Person und Versicherungsfall auf höchstens 120 Stunden innerhalb von 3 Kalenderjahren begrenzt. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt einschließlich von Probestunden. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil die versicherte Höchstdauer überschritten worden ist.

2.2.1.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei alternativ-medizinischen Verfahren?

Wenn ambulante alternativ-medizinische Verfahren von einem Arzt erbracht werden, gilt Ziffer 2.2.1.5 Absatz 1. Zusätzlich gilt bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung:

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für alternativ-medizinische Verfahren, die von
- Hebammen,
- Entbindungspflegern oder
- Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe

erbracht werden, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.

2.2.1.10 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 2.2.1.11) - nach den Absätzen 2 bis 4 sind erstattungsfähig, wenn das Hilfsmittel von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden ist.

(2) Aufwendungen für Hörhilfen und Perücken

a) Hörhilfen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Hörhilfen. Das sind Hörgeräte (apparativ) einschließlich dazugehörender Ohrpass-Stücke (Otoplastik). Der Ersatz dieser Aufwendungen ist pro →versicherte Person und Hörhilfe wie folgt begrenzt:
- auf höchstens 4.000 Euro bei Aufwendungen für teilimplantierte knochenverankerte Hörhilfen (BAHA-Hörhilfen).
- auf höchstens 2.000 Euro bei Aufwendungen für sonstige Hörhilfen.

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

b) Perücken
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Perücken bei krankhaftem Haarausfall. Der Ersatz dieser Aufwendungen ist auf höchstens 600 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 Aufwendungen 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 Aufwendungen 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 Aufwendungen, 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.

2.2.1.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Sehhilfen?

(1) Versicherte Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen 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 auf höchstens 400 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.

2.2.1.12 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Anschlussheilbehandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation?

Wichtige Indikationen für eine Anschlussheilbehandlung sind zum Beispiel:
- Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs (Kardiologie),
- degenerativ-rheumatische Krankheiten und Zustände nach Operationen sowie Unfallfolgen an den Bewegungsorganen (Orthopädie),
- neurologische Krankheiten und Zustände nach Operationen am Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven (Neurologie) und
- onkologische Krankheiten (Erste Krebsnachsorge).

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Anschlussheilbehandlung (siehe dazu Ziffer 2.2.1.3 Absatz 4) gilt Folgendes:

(1) Spezielle Leistungsvoraussetzung
Der Ersatz von Aufwendungen für eine medizinisch notwendige ambulante Anschlussheilbehandlung nach den Absätzen 2 und 3 setzt voraus, dass diese in einer Rehabilitationseinrichtung durchgeführt wird.

Rehabilitationseinrichtungen nach Satz 1 sind Einrichtungen, die mit einem gesetzlichen Sozialversicherungsträger (zum Beispiel gesetzliche Kranken- oder Rentenversicherungsträger) einen Versorgungsvertrag über die Durchführung von Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation abgeschlossen haben.

Wir sind auch leistungspflichtig, wenn die Rehabilitationseinrichtung nach Satz 1 in der Rechtsform einer →juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Ziffer 2.2.1.2 Absatz 2 Satz 2 gilt in diesem Fall nicht.

(2) Aufwendungen für Leistungen der Rehabilitationseinrichtung

a) Versicherte Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- ärztliche Leistungen, die als Bestandteil der Leistungen der Rehabilitationseinrichtung berechnet werden,
- die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln sowie
- Beratungs- und Schulungsleistungen (zum Beispiel Ernährungs- oder Sozialberatung, Patientenschulung und Gesundheitsbildung).

b) Versicherte Höchstbeträge

aa) Neurologische und geriatrische Anschlussheilbehandlung
Wenn eine neurologische oder geriatrische Anschlussheilbehandlung durchgeführt wird, ist der Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der Rehabilitationseinrichtung auf höchstens 200 Euro pro →versicherte Person und Behandlungstag begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

bb) Sonstige Anschlussheilbehandlung
Wenn eine andere als die in Absatz aa) genannte Anschlussheilbehandlung durchgeführt wird, ist der Ersatz von Aufwendungen für Leistungen der Rehabilitationseinrichtung auf höchstens 150 Euro pro →versicherte Person und Behandlungstag begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(3) Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen
Zusätzlich ersetzen wir 100 Prozent der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

2.2.1.13 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung?

(1) Versicherte Leistung
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für ärztliche und pflegerische Leistungen einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung im Sinne des § 37 b Absätze 1 bis 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

(2) Leistungsvoraussetzungen
Für den Anspruch nach Absatz 1 müssen folgende Leistungsvoraussetzungen erfüllt sein:

- Unheilbare Erkrankung
  Die →versicherte Person leidet an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist. Sie benötigt deshalb eine besonders aufwändige Versorgung.

- Ärztliche Verordnung
  Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung ist ärztlich verordnet worden. Die Einschränkung auf Vertrags- und Krankenhausärzte nach § 37 b Absatz 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gilt dabei nicht.

- Geeigneter Leistungserbringer
  Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung wird von einem Leistungserbringer erbracht, der einen Vertrag nach § 132 d Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen hat. Wir sind auch leistungspflichtig, wenn dieser Leistungserbringer in der Rechtsform einer →juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Ziffer 2.2.1.2 Absatz 2 Satz 2 gilt in diesem Fall nicht.

2.2.1.14 Welche weiteren Aufwendungen ersetzen wir bei einer ambulanten Heilbehandlung?

(1) Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)
Wenn physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel) von einem Arzt erbracht werden, gilt Ziffer 2.2.1.5 Absatz 1. Zusätzlich gilt bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung:

a) Versicherte Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die
- im Heilmittelverzeichnis des Tarifs MB100 (siehe Ziffer 2.6.1) aufgeführt sind,
- von Angehörigen staatlich anerkannter medizinischer Assistenzberufe erbracht werden und
- von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.

b) Versicherter Höchstbetrag
Die Aufwendungen für Heilmittel sind höchstens bis zu dem Betrag erstattungsfähig,
- der den jeweils geltenden beihilfefähigen Höchstbetrag für das erbrachte Heilmittel,
- der sich nach § 23 Absatz 1 Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) ergibt,

um nicht mehr als 30 Prozent übersteigt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(2) Aufwendungen für Verbandmaterialien, Arzneimittel sowie Harntest- und Bluttest-Streifen
Wenn die Selbstbeteiligung nach Ziffer 2.2.1.15 erreicht worden ist, gilt Folgendes:

Wir ersetzen 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für die in den Absätzen a) und b) genannten Produkte, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind.

a) Erstattungsfähige Aufwendungen (Grundsatz)
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Verbandmaterialien und zugelassene, aus der Apotheke bezogene Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes, sofern sie zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten medizinisch notwendig sind. Außerdem sind die Aufwendungen für Harntest- und Bluttest-Streifen - jeweils zum Selbsttest - erstattungsfähig. Hierzu gehören nicht Schwangerschaftstests.

b) Besonderheiten bei bestimmten Nährstoffen und Nährmitteln
Aufwendungen für diätetische Nährstoffe und medikamentenähnliche Nährmittel sind nur unter einer der folgenden Voraussetzungen erstattungsfähig:

- Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden
  Der diätetische Nährstoff ist zwingend erforderlich, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.

- Enterale Ernährung
  Die →versicherte Person benötigt das medikamentenähnliche Nährmittel, weil aufgrund einer medizinischen Indikation eine vollständige oder ergänzende Nahrungszufuhr über den Magen-Darm-Trakt erforderlich ist (enterale Ernährung). Medikamentenähnliche Nährmittel nach Satz 3 sind Sondennahrung, Aminosäure-Mischungen, Eiweiß-Hydrolysate und Elementar-Diäten.

- Parenterale Ernährung
  Die versicherte Person benötigt das medikamentenähnliche Nährmittel, weil aufgrund einer medizinischen Indikation eine vollständige oder ergänzende Nahrungszufuhr außerhalb des Verdauungstrakts erforderlich ist (parenterale Ernährung). Die Ernährung erfolgt in der Regel über Spezial-Lösungen (zum Beispiel Wasser, Elektrolyte, Kohlenhydrate, Vitamine oder Spurenelemente), die über eine Vene verabreicht werden (intravenöse Zufuhr).

c) Nicht erstattungsfähige Aufwendungen
Wenn es sich nicht um Arzneimittel nach Absatz a) oder bestimmte Nährstoffe und Nährmittel nach Absatz b) handelt, besteht keine Leistungspflicht für Nährmittel, Nährstoffe, Nahrungsergänzungsmittel und Mittel, die vorbeugend genommen werden, sowie für kosmetische Präparate, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten.

(3) Aufwendungen für häusliche Krankenpflege (einschließlich Behandlungspflege)

a) Versicherte Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für eine medizinisch notwendige häusliche Krankenpflege nach der jeweils geltenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Die häusliche Krankenpflege umfasst danach
- die Grundpflege, die Behandlungspflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung, wenn dadurch eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person vermieden oder verkürzt wird, oder
- medizinische Leistungen, die die ambulante ärztliche Behandlung der versicherten Person ermöglichen und deren Ergebnis sichern sollen, wie zum Beispiel Wundversorgung, Injektionen oder Katheterwechsel.

b) Leistungsvoraussetzungen
Für den Anspruch nach Absatz a) müssen folgende Leistungsvoraussetzungen erfüllt sein:

- Ärztliche Verordnung
  Die häusliche Krankenpflege ist ärztlich verordnet worden. Eine Einschränkung auf Vertrags- und Krankenhausärzte nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gilt dabei nicht.

- Geeigneter Leistungserbringer
  Die Krankenpflege wird von einem Leistungserbringer erbracht, der einen Vertrag nach § 132 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) geschlossen hat. Wir sind auch leistungspflichtig, wenn dieser Leistungserbringer in der Rechtsform einer →juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Ziffer 2.2.1.2 Absatz 2 Satz 2 gilt in diesem Fall nicht.

- Keine anderweitige Versorgung
  Die Krankenpflege erfolgt, soweit die →versicherte Person nicht durch eine im Haushalt lebende Person im erforderlichen Umfang gepflegt und versorgt werden kann.

c) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht
Die Aufwendungen sind pro →versicherte Person maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, den der Leistungserbringer nach seiner Vergütungsvereinbarung nach § 132 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) verlangen kann.

(4) Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen

a) Versicherte Leistung
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen.

Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung. Ihre Hauptfunktion beruht wesentlich auf digitalen Technologien und sie sind dazu bestimmt, die Gesundheit der →versicherten Person zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten zu unterstützen.

b) Leistungsvoraussetzungen
Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen sind erstattungsfähig, wenn eine dieser Voraussetzungen erfüllt ist:

- Von einem Leistungserbringer verordnet
  Die digitale Gesundheitsanwendung ist von einem in Ziffer 2.2.1.2 genannten Leistungserbringer oder einem Psychothera-

peuten nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) verordnet worden.

- Im gesetzlichen Verzeichnis enthalten
  Die digitale Gesundheitsanwendung ist im Verzeichnis nach § 139 e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) enthalten.

- Wir erkennen Erstattungsfähigkeit an
  Wir haben die Erstattungsfähigkeit anerkannt, weil wir die digitale Gesundheitsanwendung für die Behandlung der →versicherten Person als sinnvoll erachten.

c) Nicht erstattungsfähige Aufwendungen
Wir sind nicht leistungspflichtig für Kosten für Sachen und sonstige Gegenstände, die für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung eingesetzt werden. Hierzu zählen zum Beispiel Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.

2.2.1.15 Welche Selbstbeteiligung ist bei Aufwendungen für Verbandmaterialien, Arzneimittel sowie Harntest- und Bluttest-Streifen vereinbart?

(1) Vereinbarte Selbstbeteiligung
Pro →versicherte Person und Kalenderjahr ist bei Aufwendungen für Verbandmaterialien, Arzneimittel sowie Harntest- und Bluttest-Streifen eine Selbstbeteiligung von 800 Euro vereinbart.

(2) Unterjähriger Versicherungsbeginn
Wenn die Versicherung nach diesem Tarif nicht am 1. Januar beginnt, vermindert sich die Selbstbeteiligung für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden nicht versicherten Monat. Das gilt auch, wenn
- die →versicherte Person von einem bei uns abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarif, der Leistungen für ambulante Heilbehandlung beinhaltet, in Tarif MB100 wechselt und
- dadurch für die versicherte Person erstmalig eine Selbstbeteiligung vereinbart worden oder
- die Selbstbeteiligung nach Tarif MB100 betragsmäßig höher ist, als die betragsmäßige kalenderjährige Selbstbeteiligung des bisherigen Tarifs.

Wenn die versicherte Person von einem bei uns abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarif, der Leistungen für ambulante Heilbehandlung beinhaltet, in Tarif MB100 wechselt und die Selbstbeteiligung nach diesem Tarif niedriger ist als die betragsmäßige kalenderjährige Selbstbeteiligung des bisherigen Tarifs, gilt auch nach dem Tarifwechsel die ungekürzte Selbstbeteiligung.

Die Sätze 1 und 2 gelten nicht, wenn die versicherte Person aus einem Tarif, der als Zusatzversicherung zur Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, in Tarif MB100 wechselt.

(3) Anrechnung der bisherigen Selbstbeteiligung bei Tarifwechsel
Wenn die →versicherte Person von einem bei uns abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarif, der Leistungen für ambulante Heilbehandlung beinhaltet, in Tarif MB100 wechselt, rechnen wir für die versicherte Person die im bisherigen Tarif für dasselbe Kalenderjahr bereits getragene Selbstbeteiligung bei Aufwendungen für ambulante Behandlung auf die Selbstbeteiligung nach Tarif MB100 an.

Das gilt nicht, wenn die versicherte Person aus einem Tarif, der als Zusatzversicherung zur Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen worden ist, in Tarif MB100 wechselt.

(4) Vorzeitige Beendigung
Die vereinbarte Selbstbeteiligung ändert sich nicht, wenn dieser Tarif für die →versicherte Person vor dem Ende des Kalenderjahrs beendet wird.

2.2.1.16 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Krankentransporte, Krankenfahrten und Fahrten eines Notarztes?

(1) Aufwendungen für Krankentransporte und Krankenfahrten

a) Leistungsvoraussetzung
Die Aufwendungen für Krankentransporte nach Absatz b) und Krankenfahrten nach Absatz c) sind nur erstattungsfähig, wenn diese wegen
- ambulanter Dialyse,
- ambulanter Strahlentherapie bei Krebserkrankungen,
- ambulanter Chemotherapie,
- ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit oder
- eines Unfalls oder Notfalls

der →versicherten Person erfolgen.

b) Aufwendungen für Krankentransporte
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für medizinisch notwendige Transporte der →versicherten Person zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus
- im Rettungswagen,
- im Rettungshubschrauber oder
- durch Transportunternehmen, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen notwendigerweise von medizinisch ausgebildetem Personal begleitet worden ist.

Jeder Arzt, Physiotherapeut oder jedes Krankenhaus innerhalb einer Entfernung von 100 Kilometern gilt als nächstgelegen im Sinne von Satz 1. Dieser Leistungserbringer muss zudem geeignet sein. Wenn innerhalb dieser Entfernung ein solcher Leistungserbringer nicht verfügbar ist, sind Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeut oder Krankenhaus erstattungsfähig.

c) Aufwendungen für Krankenfahrten

aa) Versicherte Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der 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.

Jeder Arzt, Physiotherapeut oder jedes Krankenhaus innerhalb einer Entfernung von 100 Kilometern gilt als nächstgelegen im Sinne von Satz 1. Dieser Leistungserbringer muss zudem geeignet sein. Wenn innerhalb dieser Entfernung ein solcher Leistungserbringer nicht verfügbar ist, sind Fahrten zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeut oder Krankenhaus erstattungsfähig.

bb) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht
Der Ersatz von Aufwendungen für Krankenfahrten wegen ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit ist für die Hin- und Rückfahrt 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) Aufwendungen für Fahrten des Notarztes
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für die Fahrten eines Notarztes wegen einer unfall- oder notfallbedingten Behandlung der →versicherten Person.

2.2.1.17 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?

Wir ersetzen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung (Ziffern 2.2.1.5 Absatz 1, 2.2.1.9 bis 2.2.1.11 sowie 2.2.1.14 und 2.2.1.15) 100 Prozent der Aufwendungen für

- medizinisch notwendige ambulante Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und
- ambulante Entbindung und Hausentbindung

einschließlich der Aufwendungen für Geburtsvorbereitung und Rückbildungsgymnastik sowie für die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Leistungen durch Hebammen und Entbindungspfleger, die nach der jeweils geltenden amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Hebammen und Entbindungspflegern sind über die Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

2.2.1.18 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 Stationäre Behandlung in Deutschland

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.2.1 Welcher besondere Versicherungsfall gilt zusätzlich und welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?
2.2.2.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?
2.2.2.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?
2.2.2.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?
2.2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?
2.2.2.6 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?
2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?
2.2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Anschlussheilbehandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation?
2.2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?
2.2.2.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Krankentransporte?
2.2.2.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei stationärer Behandlung wegen Schwangerschaft und bei stationärer Entbindung?
2.2.2.12 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei digitalen Gesundheitsanwendungen?
2.2.2.13 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?
2.2.2.14 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

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

2.2.2.1 Welcher besondere Versicherungsfall gilt zusätzlich und welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?

(1) Besonderer Versicherungsfall
Zusätzlich zu den in Ziffer 1.1.1 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein genannten Versicherungsfällen gilt als Versicherungsfall auch der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch wegen

- medizinisch notwendiger Indikation (zum Beispiel bei Gefahr für das Leben der Schwangeren) oder
- kriminologischer Indikation (zum Beispiel bei Schwangerschaft aufgrund einer Vergewaltigung).

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

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

Wenn nicht unsere vorherige →schriftliche Zusage nach Ziffer 2.2.2.3 erforderlich ist, kann die →versicherte Person unter folgenden Leistungserbringern frei wählen.

(1) Auswahl von Ärzten
Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Ärzten.

(2) Auswahl von juristischen Personen
Die Aufwendungen für Leistungen von folgenden →juristischen Personen sind ebenfalls versichert:

- Institute, die auf Veranlassung eines Arztes 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.

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

(1) Besonderheiten bei Krankenhäusern, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen

a) Zusageerfordernis
Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen und die Voraussetzungen von Ziffer 2.2.2.2 Absatz 3 erfüllen, leisten wir nur, wenn wir vor Behandlungsbeginn eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

b) Ausnahmen vom Zusageerfordernis
Vom Zusageerfordernis nach Absatz a) gelten folgende Ausnahmen:

aa) Notfallbehandlung oder stationäre Operation
Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person wegen eines Notfalls (zum Beispiel akut lebensbedrohender Zustand) - auch bei Notfalleinweisung - medizinisch notwendig ist.

Unsere vorherige schriftliche Leistungszusage ist auch nicht erforderlich, wenn die versicherte Person medizinisch notwendig stationär operiert werden muss.

bb) Akute Behandlung während des Aufenthalts
Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns auch nicht, soweit eine sofortige stationäre

Heilbehandlung der →versicherten Person wegen einer akuten Erkrankung medizinisch notwendig ist, die während des Aufenthalts in dem Krankenhaus nach Absatz a) eintritt und nicht mit dem ursprünglichen Behandlungszweck zusammenhängt.

cc) Einziges Krankenhaus in der Nähe zum Wohnsitz
Außerdem berufen wir uns auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage nicht, wenn das Krankenhaus nach Absatz a) das einzige geeignete Krankenhaus mit Versorgungsauftrag für die akute stationäre Heilbehandlung im Umkreis von 20 Kilometern vom Wohnsitz der →versicherten Person ist.

dd) Tuberkulose-Erkrankungen
Bei Tuberkulose-Erkrankungen (Tbc-Erkrankungen) leisten wir im vertraglichen Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tuberkulose-Heilstätten und Tuberkulose-Sanatorien.

(2) Besonderheiten bei deutschen Krankenhäusern, die nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegen
Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus in Deutschland, das nicht dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) unterliegt, leisten wir nur, wenn wir vor Behandlungsbeginn 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. Zu diesem Zweck können wir verlangen, dass Sie uns dafür einen Kostenvoranschlag mit Befundbericht vorlegen. Soweit diese Prüfung ergibt, dass wir leistungspflichtig sind, erteilen wir die schriftliche Zusage.

Wir leisten auch ohne unsere vorherige schriftliche Zusage im tariflichen Umfang, wenn die stationäre Heilbehandlung wegen eines Notfalls der →versicherten Person notwendig ist. Unsere vorherige schriftliche Leistungszusage ist auch nicht erforderlich, wenn die versicherte Person medizinisch notwendig stationär operiert werden muss. Im letzten Fall empfehlen wir aber, uns vor der stationären Behandlung zu kontaktieren. Wir informieren Sie unverzüglich über den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen.

(3) Besonderheiten bei stationären Anschlussheilbehandlungen
Wenn bei einer Weiterbehandlung, die zeitlich eng mit der vorangegangenen akuten stationären Heilbehandlung der →versicherten Person zusammenhängt,
- der Behandlungserfolg nicht auch durch ambulante Maßnahmen erzielt werden kann und
- eine teil- oder vollstationäre Weiterbehandlung medizinisch notwendig ist (stationäre Anschlussheilbehandlung),

leisten wir nur, wenn wir vor Beginn der Weiterbehandlung eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

Ob ein enger zeitlicher Zusammenhang vorliegt, bestimmt sich nach der zu behandelnden Erkrankung oder Unfallfolge. Unabhängig davon liegt er immer vor, wenn die versicherte Person die stationäre Anschlussheilbehandlung innerhalb von 2 Wochen beginnt, nachdem die akute stationäre Heilbehandlung beendet worden ist.

Um die Zusage erteilen zu können, prüfen wir, ob und in welchem Umfang wir nach den vertraglichen Bestimmungen zur Leistung verpflichtet sind. Zu diesem Zweck können wir verlangen, dass Sie uns dafür einen Befundbericht vorlegen. Soweit diese Prüfung ergibt, dass wir leistungspflichtig sind, erteilen wir die schriftliche Zusage.

2.2.2.4 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, sowie für
- Schröpfen,
- Akupunktur zur Schmerztherapie,
- Chirotherapie,
- Osteopathie,
- Eigenblut-Behandlung und
- therapeutische Lokalanästhesie.

Darüber hinaus leisten wir für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

2.2.2.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen (auch für vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch - SGB V):

(1) Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für wahlärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(2) Aufwendungen für Wahlleistung Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer,
- einen Telefonanschluss,
- die Miete für Radio und Fernsehen sowie
- die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung.

(3) Aufwendungen für belegärztliche Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für belegärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für belegärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(4) Aufwendungen für Leistungen durch Beleghebammen und Belegentbindungspfleger
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Leistungen durch Beleghebammen oder Belegentbindungspfleger, die nach der jeweils geltenden amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern sind über die Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(5) Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) berechnungsfähig sind.

Hierzu zählen auch die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen für die Begleitperson der →versicherten Person, wenn die Mitaufnahme der Begleitperson medizinisch notwendig ist. Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbe-

handlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

2.2.2.6 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?

Anstelle des Aufwendungsersatzes zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von bis zu 110 Euro für jeden Tag einer medizinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) unterliegt, wie folgt:

(1) Keine gesondert berechnungsfähige Unterkunft
Wir zahlen 70 Euro, wenn auf die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer verzichtet wird.

Wir zahlen jedoch nur 35 Euro, wenn die →versicherte Person noch nicht 16 Jahre alt ist.

(2) Keine wahlärztlichen oder belegärztlichen Leistungen
Wir zahlen 40 Euro, wenn
- auf gesondert berechnungsfähige wahlärztliche Leistungen verzichtet wird und
- kein Aufwendungsersatz für gesondert berechnungsfähige belegärztliche Leistungen geltend gemacht wird.

Wir zahlen jedoch nur 20 Euro, wenn die →versicherte Person noch nicht 16 Jahre alt ist.

(3) Ausnahmen
Es besteht kein Anspruch auf ersatzweises Krankenhaustagegeld nach Absatz 1
- für den Tag, an dem die →versicherte Person aus dem Krankenhaus entlassen wird, oder
- für die Dauer der Behandlung der versicherten Person auf der Intensiv- oder Säuglingsstation.

Es besteht außerdem kein Anspruch auf ersatzweises Krankenhaustagegeld nach den Absätzen 1 und 2
- für Tage vollständiger Abwesenheit aus dem Krankenhaus oder,
- wenn sich die stationäre Behandlung auf weniger als 24 Stunden je Tag erstreckt (teilstationäre Behandlung).

2.2.2.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir, wenn das Krankenhaus nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung - mit Ausnahme von stationärer Anschlussheilbehandlung (siehe dazu Ziffer 2.2.2.8) - ersetzen wir folgende Aufwendungen:

(1) Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für diese gesondert berechnete ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(2) Aufwendungen für Leistungen durch Beleghebammen und Belegentbindungspfleger
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Leistungen durch Beleghebammen oder Belegentbindungspfleger, die nach der jeweils geltenden amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für die Vergütung von Beleghebammen und Belegentbindungspflegern sind über die Höchstsätze der amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(3) Aufwendungen für Krankenhausleistungen

a) Versicherte Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- die Unterkunft im Ein-, Zwei- oder Mehrbett-Zimmer,
- die Verpflegung,
- die Krankenhauspflege,
- die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln,
- medizinisch begründete Nebenkosten, zu denen auch die Kosten für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der →versicherten Person gehören, sowie
- die als Bestandteil der Krankenhausleistungen berechneten Anteile für Leistungen durch am Krankenhaus angestellte Ärzte.

Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

b) Versicherter Höchstbetrag
Wenn die stationäre Heilbehandlung nicht wegen eines Notfalls der →versicherten Person notwendig ist, ist unsere Leistung wie folgt begrenzt:

Die Aufwendungen nach Absatz a) sind maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der
- das maßgebliche Entgelt für allgemeine Krankenhausleistungen,
- das nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) berechnungsfähig ist,

um nicht mehr als 100 Prozent übersteigt.

Maßgeblich für die Berechnung ist das Entgelt, das das Krankenhaus der Maximalversorgung, das dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für ihre Behandlung berechnet hätte.

Das Krankenhaus der Maximalversorgung ist ein Begriff aus der gesetzlichen Krankenhausplanung und bezeichnet ein Krankenhaus, das ein umfassendes und differenziertes Leistungsangebot sowie entsprechende medizinisch-technische Einrichtungen vorhält (zum Beispiel Universitätsklinikum).

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

2.2.2.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären Anschlussheilbehandlung im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation?

Wichtige Indikationen für eine Anschlussheilbehandlung sind zum Beispiel:
- Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs (Kardiologie),
- degenerativ-rheumatische Krankheiten und Zustände nach Operationen sowie Unfallfolgen an den Bewegungsorganen (Orthopädie),
- neurologische Krankheiten und Zustände nach Operationen am Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven (Neurologie) und
- onkologische Krankheiten (Erste Krebsnachsorge).

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Anschlussheilbehandlung (siehe dazu Ziffer 2.2.2.3 Absatz 3) in einem Krankenhaus, das dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) unterliegt, gilt Ziffer 2.2.2.5.

Zusätzlich gilt bei einer medizinisch notwendigen stationären Anschlussheilbehandlung in einem Krankenhaus, das nicht dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) unterliegt:

(1) Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für diese gesondert berechnete ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber un-

angemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(2) Aufwendungen für Krankenhausleistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- die Unterkunft im Ein-, Zwei- oder Mehrbett-Zimmer,
- die Verpflegung,
- die Krankenhauspflege,
- die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln,
- medizinisch begründete Nebenkosten, zu denen auch die Kosten für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der →versicherten Person gehören, sowie
- die als Bestandteil der Krankenhausleistungen berechneten Anteile für Leistungen durch am Krankenhaus angestellte Ärzte.

Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

2.2.2.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Hospiz-Versorgung?

(1) Versicherte Leistung
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für die stationäre Versorgung der →versicherten Person in Hospizen.

(2) Leistungsvoraussetzungen
Für den Anspruch nach Absatz 1 müssen folgende Leistungsvoraussetzungen erfüllt sein:

- Unheilbare Erkrankung
  Die →versicherte Person leidet an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung, dass dadurch ihre Lebenserwartung begrenzt ist.

- Versorgung in einem Hospiz
  Die versicherte Person wird in einem Hospiz versorgt. Ein Hospiz ist eine selbstständige Einrichtung mit dem eigenständigen Versorgungsauftrag, für Patienten mit unheilbaren Krankheiten in der letzten Lebensphase palliativ-medizinische Behandlung zu erbringen. Wir sind auch leistungspflichtig, wenn das Hospiz in der Rechtsform einer →juristischen Person organisiert ist. Der Ausschluss nach Ziffer 2.2.2.2 Absatz 2 Satz 2 gilt in diesem Fall nicht.

- Keine anderweitige Versorgung
  Eine stationäre Behandlung der versicherten Person im Krankenhaus ist nicht medizinisch notwendig und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person kann nicht erbracht werden.

(3) Vorrangige Leistungspflicht der Pflege-Pflichtversicherung
Wenn für die →versicherte Person aus der privaten Pflege-Pflichtversicherung Anspruch auf Leistungen besteht, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung der privaten Pflege-Pflichtversicherung verbleiben.

2.2.2.10 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Krankentransporte?

(1) Medizinisch notwendige Transporte
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für medizinisch notwendige Transporte der →versicherten Person zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus
- im Rettungswagen,
- im Rettungshubschrauber oder
- durch Transportunternehmen, wenn die versicherte Person aus medizinischen Gründen notwendigerweise von medizinisch ausgebildetem Personal begleitet worden ist.

Jedes Krankenhaus innerhalb einer Entfernung von 100 Kilometern gilt als nächstgelegen im Sinne von Satz 1. Dieses Krankenhaus muss zudem geeignet sein. Wenn innerhalb dieser Entfernung kein geeignetes Krankenhaus verfügbar ist, sind Transporte zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig.

(2) Verlegung in ein anderes Krankenhaus
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für die Verlegung der →versicherten Person in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands, auch wenn diese Transporte nicht medizinisch notwendig sind.

Die Aufwendungen für die Verlegung sind erstattungsfähig, wenn
- die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens 7 Tage andauern wird und
- die Verlegung über uns organisiert wird.

2.2.2.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei stationärer Behandlung wegen Schwangerschaft und bei stationärer Entbindung?

Wir ersetzen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung (Ziffern 2.2.2.5 und 2.2.2.7) 100 Prozent der Aufwendungen für
- medizinisch notwendige stationäre Untersuchungen und Behandlungen wegen Schwangerschaft und
- stationäre Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim.

Außerdem gilt Ziffer 2.2.2.6 für die Zahlung eines ersatzweisen Krankenhaustagegelds entsprechend.

2.2.2.12 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei digitalen Gesundheitsanwendungen?

(1) Versicherte Leistung
Wir ersetzen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung (Ziffern 2.2.2.5 und 2.2.2.7) 100 Prozent der Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen.

Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung. Ihre Hauptfunktion beruht wesentlich auf digitalen Technologien und sie sind dazu bestimmt, die Gesundheit der →versicherten Person zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten zu unterstützen.

(2) Leistungsvoraussetzungen
Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen sind erstattungsfähig, wenn eine dieser Voraussetzungen erfüllt ist:

- Von einem Leistungserbringer verordnet
  Die digitale Gesundheitsanwendung ist von einem in Ziffer 2.2.2.2 genannten Leistungserbringer oder einem Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) verordnet worden.

- Im gesetzlichen Verzeichnis enthalten
  Die digitale Gesundheitsanwendung ist im Verzeichnis nach § 139 e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) enthalten.

- Wir erkennen Erstattungsfähigkeit an
  Wir haben die Erstattungsfähigkeit anerkannt, weil wir die digitale Gesundheitsanwendung für die Behandlung der →versicherten Person als sinnvoll erachten.

(3) Nicht erstattungsfähige Aufwendungen
Wir sind nicht leistungspflichtig für Kosten für Sachen und sonstige Gegenstände, die für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung eingesetzt werden. Hierzu zählen zum Beispiel Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.

2.2.2.13 Welche Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?

Wenn das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der stationären Entbindung im Krankenhaus versorgt wird, gilt Folgendes:

- Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Unterkunft und Verpflegung des Neugeborenen.

- Der Aufwendungsersatz erfolgt nach diesem, für dessen Elternteil bei uns abgeschlossenen Tarif.

Dies setzt voraus, dass das gesunde Neugeborene nach Ziffer 1.8.4 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein bei uns versichert worden ist.

Unsere Leistungspflicht für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung des Neugeborenen wegen Krankheit oder Unfallfolgen richtet sich jedoch ausschließlich nach den für das Neugeborene abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarifen.

2.2.2.14 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.

2.2.3 Ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung in Deutschland

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.3.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung in Deutschland?
2.2.3.2 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?
2.2.3.3 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?
2.2.3.4 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?
2.2.3.5 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?
2.2.3.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und Inlays sowie für digitale Gesundheitsanwendungen?
2.2.3.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz, Gnathologie und Kieferorthopädie?
2.2.3.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für zahntechnische Leistungen?
2.2.3.9 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?
2.2.3.10 In welchen Fällen empfehlen wir, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?
2.2.3.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Behandlung in einem Krankenhaus, das dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?
2.2.3.12 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?
2.2.3.13 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Behandlung in einem Krankenhaus, das nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?
2.2.3.14 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

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

2.2.3.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung in Deutschland?

Bei Aufwendungen für ambulante und stationäre zahnärztliche Behandlung in Deutschland gilt unabhängig davon, ob die Behandlung von einem
- Zahnarzt,
- Arzt oder
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen

erbracht wird, ausschließlich unsere Leistungszusage nach Ziffer 2.2.3.

2.2.3.2 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.

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

Wenn nicht unsere vorherige →schriftliche Zusage nach Ziffer 2.2.3.4 erforderlich ist, kann die →versicherte Person unter folgenden Leistungserbringern frei wählen.

(1) Auswahl von Ärzten oder Zahnärzten
Die →versicherte Person hat die freie Wahl unter den niedergelassenen oder den in Krankenhaus-Ambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen, approbierten Ärzten und Zahnärzten.

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

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

(1) Besonderheiten bei Krankenhäusern, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen

a) Zusageerfordernis
Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern, die auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen und die Voraussetzungen von Ziffer 2.2.3.3 Absatz 3 erfüllen, leisten wir nur, wenn wir vor Behandlungsbeginn eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

b) Ausnahmen vom Zusageerfordernis
Vom Zusageerfordernis nach Absatz a) gelten folgende Ausnahmen:

aa) Notfallbehandlung
Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person wegen eines Notfalls (zum Beispiel akut lebensbedrohender Zustand) - auch bei Notfalleinweisung - medizinisch notwendig ist.

Unsere vorherige schriftliche Leistungszusage ist auch nicht erforderlich, wenn die versicherte Person medizinisch notwendig stationär operiert werden muss.

bb) Akute Behandlung während des Aufenthalts
Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage berufen wir uns auch nicht, soweit eine sofortige stationäre Heilbehandlung der →versicherten Person wegen einer akuten Erkrankung medizinisch notwendig ist, die während des Aufenthalts

in dem Krankenhaus nach Absatz a) eintritt und nicht mit dem ursprünglichen Behandlungszweck zusammenhängt.

cc) Einziges Krankenhaus in der Nähe zum Wohnsitz
Außerdem berufen wir uns auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungszusage nicht, wenn das Krankenhaus nach Absatz a) das einzige geeignete Krankenhaus mit Versorgungsauftrag für die akute stationäre Heilbehandlung im Umkreis von 20 Kilometern vom Wohnsitz der →versicherten Person ist.

(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.

2.2.3.5 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 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.

2.2.3.6 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnbehandlung, Zahnprophylaxe und Inlays sowie für digitale Gesundheitsanwendungen?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu den nach Ziffer 2.2.3.9 vorgesehenen Höchstbeträgen wie folgt:
Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Behandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(1) Aufwendungen für Zahnbehandlung
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- allgemeine zahnärztliche Leistungen,
- konservierende Leistungen (einschließlich Kunststoff-, Komposit- und Schmelz-Dentin-Adhäsiv-Füllungen),
- zahnchirurgische Leistungen,
- Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- professionelle Zahnreinigung,
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.3.3 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind.

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

(2) Aufwendungen für Zahnprophylaxe
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- zahnärztliche Leistungen gemäß dem Abschnitt des Gebührenverzeichnisses der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ), der prophylaktische Leistungen regelt,
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.3.3 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind.

(3) Aufwendungen für Inlays
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- Inlays (Einlagefüllungen),
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.3.3 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind.

(4) Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen

a) Versicherte Leistung
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen.

Digitale Gesundheitsanwendungen sind Medizinprodukte nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) mit gesundheitsbezogener Zweckbestimmung. Ihre Hauptfunktion beruht wesentlich auf digitalen Technologien und sie sind dazu bestimmt, die Gesundheit der →versicherten Person zu fördern oder die Erkennung, Überwachung und Behandlung ihrer Krankheiten zu unterstützen.

b) Leistungsvoraussetzungen
Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen sind erstattungsfähig, wenn eine dieser Voraussetzungen erfüllt ist:

- Von einem Leistungserbringer verordnet
  Die digitale Gesundheitsanwendung ist von einem in Ziffer 2.2.3.3 genannten Leistungserbringer oder einem Psychotherapeuten nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) verordnet worden.

- Im gesetzlichen Verzeichnis enthalten
  Die digitale Gesundheitsanwendung ist im Verzeichnis nach § 139 e Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) enthalten.

- Wir erkennen Erstattungsfähigkeit an
  Wir haben die Erstattungsfähigkeit anerkannt, weil wir die digitale Gesundheitsanwendung für die Behandlung der →versicherten Person als sinnvoll erachten.

c) Nicht erstattungsfähige Aufwendungen
Wir sind nicht leistungspflichtig für Kosten für Sachen und sonstige Gegenstände, die für die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendung eingesetzt werden. Hierzu zählen zum Beispiel Anschaffungs-, Unterhalts- oder Betriebskosten etwa für elektronische Geräte, Betriebssysteme, Strom oder Batterien.

2.2.3.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Zahnersatz, Gnathologie und Kieferorthopädie?

Wir ersetzen die versicherten Aufwendungen bis zu den nach Ziffer 2.2.3.9 vorgesehenen Höchstbeträgen wie folgt:
Bei einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Behandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für zahnärztliche und ärztliche Vergütung sind über die Höchstsätze der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus erstattungsfähig. Wenn die Aufwendungen aber unangemessen hoch sind, können wir unsere Leistungen nach Ziffer 2.3.3 auf einen angemessenen Betrag herabsetzen.

(1) Aufwendungen für Zahnersatz
Wir ersetzen 85 Prozent der Aufwendungen für
- prothetische Leistungen, insbesondere Kronen, Teilkronen, Kunststoff- und Keramik-Verblendungen sowie Keramik-Verblendschalen (Veneers), Prothesen, Brücken und Stiftzähne,
- 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,
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.3.3 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind.

(2) Aufwendungen für funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)
Wir ersetzen 85 Prozent der Aufwendungen für
- funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie) einschließlich Aufbiss-Behelfen und Schienen,
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.3.3 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind.

(3) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen
Wir ersetzen 85 Prozent der Aufwendungen für
- kieferorthopädische Leistungen für →versicherte Personen, die noch nicht 21 Jahre alt sind,
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen sowie
- die mit vorstehenden Leistungen zusammenhängend verordneten Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.3.3 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind.

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 Satz 1, auch wenn die verunfallte oder schwer erkrankte versicherte Person bereits älter als 21 Jahre ist.

2.2.3.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir für zahntechnische Leistungen?

Wir ersetzen die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen
- bis zu den nach Ziffer 2.2.3.9 vorgesehenen Höchstbeträgen
- im Rahmen der tariflichen Leistungszusage nach Ziffern 2.2.3.6 und 2.2.3.7

wie die Aufwendungen für die Leistungen, in deren Zusammenhang sie erbracht worden sind.

Die Aufwendungen für zahntechnische Leistungen sind erstattungsfähig, soweit sie im Preis- und Leistungsverzeichnis des Tarifs MB100 für zahntechnische Leistungen (siehe Ziffer 2.6.2) aufgeführt sind.

Bei der Berechnung der erstattungsfähigen Aufwendungen legen wir maximal die darin genannten Höchstbeträge zugrunde. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

2.2.3.9 Welche Höchstbeträge gelten für alle versicherten Leistungen?

(1) Höchstbeträge ab Versicherungsbeginn
Während der ersten 48 Monate ab Versicherungsbeginn des Tarifs MB100 gelten bei Aufwendungen nach Ziffern 2.2.3.6 bis 2.2.3.8 pro →versicherte Person folgende Erstattungshöchstbeträge:
- 1.000 Euro während der ersten 12 Monate (1. Leistungsabschnitt)
- 2.000 Euro während der ersten 24 Monate (2. Leistungsabschnitt)
- 3.000 Euro während der ersten 36 Monate (3. Leistungsabschnitt)
- 4.000 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 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 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 MB100 wechselt, wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Erstattungshöchstbeträge im Tarif MB100 angerechnet.

Die Leistungen, die nach bisherigen Tarifen erbracht worden sind, werden bei Aufwendungsersatz nach Tarif MB100 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 MB100 wechselt.

2.2.3.10 In welchen Fällen empfehlen wir, einen Heil- und Kostenplan vorzulegen?

Wir empfehlen, uns bei folgenden Leistungen einen Heil- und Kostenplan nach Befunderhebung einzureichen:
- Inlays nach Ziffer 2.2.3.6 Absatz 3,
- Zahnersatz nach Ziffer 2.2.3.7 Absatz 1,
- funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen (Gnathologie) nach Ziffer 2.2.3.7 Absatz 2,
- kieferorthopädischen Leistungen nach Ziffer 2.2.3.7 Absatz 3 sowie
- zahntechnischen Leistungen nach Ziffer 2.2.3.8.

Wir informieren Sie unverzüglich über den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen. Die Aufwendungen für die Erstellung des Heil- und Kostenplans ersetzen wir tarifgemäß.

2.2.3.11 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Behandlung in einem Krankenhaus, das dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?

Bei einer medizinisch notwendigen stationären zahnärztlichen Behandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen:

(1) Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen
Wir ersetzen die Aufwendungen für wahlärztliche Leistungen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung (Ziffern 2.2.3.6 bis 2.2.3.9).

(2) Aufwendungen für Wahlleistung Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer,
- einen Telefonanschluss,
- die Miete für Radio und Fernsehen sowie
- die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung.

(3) Aufwendungen für belegärztliche Leistungen
Wir ersetzen die Aufwendungen für belegärztliche Leistungen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung (Ziffern 2.2.3.6 bis 2.2.3.9).

(4) Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) berechnungsfähig sind.

Hierzu zählen auch die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen für die Begleitperson der →versicherten Person, wenn die Mitaufnahme der Begleitperson medizinisch notwendig ist. Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

2.2.3.12 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld?

Anstelle des Aufwendungsersatzes zahlen wir ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von bis zu 110 Euro für jeden Tag einer medizinisch notwendigen vollstationären zahnärztlichen Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) unterliegt, wie folgt:

(1) Keine gesondert berechnungsfähige Unterkunft
Wir zahlen 70 Euro, wenn auf die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer verzichtet wird.

Wir zahlen jedoch nur 35 Euro, wenn die →versicherte Person noch nicht 16 Jahre alt ist.

(2) Keine wahlärztlichen oder belegärztlichen Leistungen
Wir zahlen 40 Euro, wenn
- auf gesondert berechnungsfähige wahlärztliche Leistungen verzichtet wird und
- kein Aufwendungsersatz für gesondert berechnungsfähige belegärztliche Leistungen geltend gemacht wird.

Wir zahlen jedoch nur 20 Euro, wenn die →versicherte Person noch nicht 16 Jahre alt ist.

(3) Ausnahmen
Es besteht kein Anspruch auf ersatzweises Krankenhaustagegeld nach Absatz 1 für den Tag, an dem die →versicherte Person aus dem Krankenhaus entlassen wird.

Es besteht außerdem kein Anspruch auf ersatzweises Krankenhaustagegeld nach den Absätzen 1 und 2
- für Tage vollständiger Abwesenheit aus dem Krankenhaus oder,
- wenn sich die stationäre Behandlung auf weniger als 24 Stunden je Tag erstreckt (teilstationäre Behandlung).

2.2.3.13 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer stationären zahnärztlichen Behandlung in einem Krankenhaus, das nicht dem Krankenhausentgeltgesetz oder der Bundespflegesatzverordnung unterliegt?

Bei einer medizinisch notwendigen stationären zahnärztlichen Behandlung ersetzen wir folgende Aufwendungen:

(1) Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen
Wir ersetzen die Aufwendungen für ärztliche Leistungen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine medizinisch notwendige ambulante zahnärztliche Behandlung (Ziffern 2.2.3.6 bis 2.2.3.9).

(2) Aufwendungen für Krankenhausleistungen

a) Versicherte Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- die Unterkunft im Ein-, Zwei- oder Mehrbett-Zimmer,
- die Verpflegung,
- die Krankenhauspflege,
- die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln,
- medizinisch begründete Nebenkosten, zu denen auch die Kosten für die medizinisch notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson der →versicherten Person gehören, sowie
- die als Bestandteil der Krankenhausleistungen berechneten Anteile für Leistungen durch am Krankenhaus angestellte Ärzte.

Wenn die versicherte Person zu Beginn der stationären Heilbehandlung jünger als 10 Jahre ist, gilt die Mitaufnahme der Begleitperson als medizinisch notwendig.

b) Versicherter Höchstbetrag
Wenn die stationäre Heilbehandlung nicht wegen eines Notfalls der →versicherten Person notwendig ist, ist unsere Leistung wie folgt begrenzt:

Die Aufwendungen nach Absatz a) sind maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der
- das maßgebliche Entgelt für allgemeine Krankenhausleistungen,
- das nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) berechnungsfähig ist,

um nicht mehr als 100 Prozent übersteigt.

Maßgeblich für die Berechnung ist das Entgelt, das das Krankenhaus der Maximalversorgung, das dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist, für ihre Behandlung berechnet hätte.

Das Krankenhaus der Maximalversorgung ist ein Begriff aus der gesetzlichen Krankenhausplanung und bezeichnet ein Krankenhaus, das ein umfassendes und differenziertes Leistungsangebot sowie entsprechende medizinisch-technische Einrichtungen vorhält (zum Beispiel Universitätsklinikum).

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

2.2.3.14 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.

2.2.4 Heilkuren und Rehabilitationsbehandlungen in Deutschland

Wir bieten bei Heilkuren und Rehabilitationsbehandlungen Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen.

Welche Aufwendungen ersetzen wir bei ambulanten und stationären Heilkuren sowie bei stationären Rehabilitationsbehandlungen?

(1) Verordnung als Leistungsvoraussetzung
Die Aufwendungen für Heilkuren und Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation nach Absatz 2 sind erstattungsfähig, wenn diese von einem Arzt verordnet worden sind.

(2) Versicherte Leistungen
Bei ambulanten oder stationären Heilkuren sowie bei stationären Behandlungen im Rahmen einer medizinischen Rehabilitation (stationäre Rehabilitationsbehandlung) - mit Ausnahme von stationärer Anschlussheilbehandlung (siehe dazu Ziffer 2.2.2.8) - ersetzen wir 100 Prozent der Aufwendungen für
- Unterkunft und Verpflegung in Krankenhäusern,
- ärztliche Leistungen,
- den Kur- oder Rehabilitationsplan,
- Arzneimittel, die von einem Arzt verordnet und aus der Apotheke bezogen worden sind,
- Kurmittel,
- physikalische Therapie, die von einem Arzt verordnet worden ist, sowie
- die Kurtaxe.

(3) Versicherter Höchstbetrag
Der Ersatz von Aufwendungen für eine Heilkur oder eine stationäre Rehabilitationsbehandlung nach Absatz 2 ist auf höchstens 1.000 Euro pro →versicherte Person begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(4) Erneuter Leistungsanspruch
Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von 24 Monaten nach Abschluss der vorangegangenen Behandlung nach Absatz 2.

2.2.5 Behandlung im Ausland

Inhalt dieses Abschnitts:

2.2.5.1 **Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für Behandlung im Ausland?**
2.2.5.2 **Was gilt bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?**
2.2.5.3 **Welche Aufwendungen ersetzen wir bei Behandlungen im Ausland?**
2.2.5.4 **Welche besondere Informationspflicht müssen Sie beachten?**
2.2.5.5 **Welche Aufwendungen ersetzen wir für Rücktransporte, Überführung oder Bestattung?**
2.2.5.6 **Welche Serviceleistungen erbringen wir?**
2.2.5.7 **Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?**

Wir bieten bei einer medizinisch notwendigen Behandlung, dem besonderen Versicherungsfall nach Ziffern 2.2.1.1 Absatz 1 und 2.2.2.1 Absatz 1 sowie bei Tod im Ausland Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen.

2.2.5.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für Behandlung im Ausland?

Unsere Leistungszusage nach Ziffer 2.2.5 gilt unabhängig davon, ob die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland verlegt oder sich im Ausland nur vorübergehend 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.

2.2.5.2 Was gilt bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?

Nach diesem Tarif 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 für diesen Tarif aber nicht Ziffer 1.1.7 Absatz 2 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Stattdessen gilt Folgendes:

(1) Dauer des Versicherungsschutzes (Grundsatz)
Es besteht Versicherungsschutz nach Ziffer 2.2.5 während der ersten 12 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland (12monatiger Versicherungsschutz).

Wenn es medizinisch notwendig ist, die →versicherte Person über die ersten 12 Monate hinaus medizinisch zu behandeln, besteht Versicherungsschutz, solange eine Rückreise ihre Gesundheit gefährden würde.

(2) Zusätzliche Ausdehnungsvereinbarung
Die Dauer des Versicherungsschutzes für einen vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Europas kann durch eine gesonderte Vereinbarung über den 12monatigen Versicherungsschutz nach Absatz 1 hinaus ausgedehnt werden (Ausdehnungsvereinbarung).

Dabei können Sie von uns unter folgenden Voraussetzungen den Abschluss einer Ausdehnungsvereinbarung für die →versicherte Person verlangen:
- Sie stellen den Antrag auf Ausdehnung, bevor die versicherte Person ins außereuropäische Ausland reist, spätestens jedoch bevor für sie der 12monatige Versicherungsschutz abgelaufen ist.
- Die Ausdehnungsvereinbarung soll höchstens für 5 ununterbrochene Jahre im Anschluss an den 12monatigen Versicherungsschutz gelten.

In diesem Fall werden wir Ihren Antrag annehmen, können aber für die Ausdehnung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Die Höhe dieses Zuschlags ist von dem Land abhängig, in dem sich die versicherte Person vorübergehend aufhält. Sie müssen den Zuschlag nicht weiter zahlen, sobald die Ausdehnungsvereinbarung endet. Das ist zum Beispiel der Fall, wenn die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt nach Europa zurückverlegt.

2.2.5.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei Behandlungen im Ausland?

Wenn nach den Allgemeinen Regelungen zum Baustein (Ziffern 1.1.7 und 1.1.8) und nach Ziffer 2.2.5.2 Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten besteht, ersetzen wir die Aufwendungen, welche nach Ziffern 2.2.1 bis 2.2.3 auch für Behandlungen innerhalb Deutschlands versichert sind.

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen zu den Prozentsätzen, die nach Ziffern 2.2.1 bis 2.2.3 für Behandlungen in Deutschland vereinbart sind, soweit die Aufwendungen für die Behandlung im Ausland den dort ortsüblichen Kosten entsprechen.

Dabei gilt keine Begrenzung unserer Leistungspflicht nach Ziffern 2.2.1 bis 2.2.3 auf
- die Gebührensätze nach jeweils geltenden Gebührenordnungen oder Gebührenverzeichnissen,
- die Höchstbeträge nach Ziffern 2.2.2.7 Absatz 3 b) und 2.2.3.13 Absatz 2 b) sowie
- die Höchstbeträge nach den in Ziffer 2.6 genannten Verzeichnissen.

2.2.5.4 Welche besondere Informationspflicht müssen Sie beachten?

Sie müssen uns ohne schuldhaftes Zögern nach Beginn einer stationären Behandlung der →versicherten Person im Ausland informieren.

2.2.5.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Rücktransporte, Überführung oder Bestattung?

(1) Rücktransporte
Wir ersetzen 100 Prozent aller 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.

(2) Überführung oder Bestattung bei Tod im Ausland
Wenn die →versicherte Person im Ausland stirbt, ersetzen wir 100 Prozent aller unmittelbaren Aufwendungen einer Überführung des Verstorbenen an den ständigen, vor Einreise in das Ausland vorhandenen Wohnsitz. 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 100 Prozent der unmittelbar für die Bestattung entstandenen Aufwendungen. Der Aufwendungsersatz für die Bestattung ist maximal auf die Höhe der Aufwendungen begrenzt, die für eine Überführung nach Satz 1 angefallen wären.

2.2.5.6 Welche Serviceleistungen erbringen wir?

Im Versicherungsfall erbringen wir folgende Serviceleistungen:
- 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.

2.2.5.7 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.

2.2.6 Leistungen für Organtransplantationen

Wir bieten bei Organtransplantationen Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen.

2.2.6.1 Welche Leistungen erbringen wir bei Organtransplantationen?

Bei einer medizinisch notwendigen Organtransplantation erbringen wir die Versicherungsleistungen nach den folgenden Absätzen. Eine Organtransplantation nach Satz 1 ist die operative Übertragung von Organen oder Geweben einer anderen lebenden Person (Organspender) auf die →versicherte Person.

(1) Aufwendungen für Behandlungen

a) Behandlung der versicherten Person
Für Leistungen, die im Zusammenhang mit einer Organtransplantation bei der →versicherten Person erbracht werden, gelten Ziffern 2.2.1 und 2.2.2 sowie Ziffern 2.2.4 und 2.2.5.

b) Behandlung des Organspenders

aa) Tarifliche Leistungszusage (Grundsatz)
Die tarifliche Leistungszusage für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung der versicherten Person (Ziffern 2.2.1 und 2.2.2 sowie Ziffern 2.2.4 und 2.2.5) gilt entsprechend für
- Leistungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit der Entnahme des zu übertragenden Organs oder Gewebes erbracht werden,
- einschließlich der damit zusammenhängenden Vor- und Nachbehandlungen des Organspenders (auch bei medizinischen Komplikationen, die sich unmittelbar bei der Organ- oder Gewebeentnahme ergeben).

bb) Besonderheit bei höherem oder umfassenderem Versicherungsschutz des Organspenders
Soweit der Organspender nach der für ihn bestehenden privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung
- einen Anspruch auf Versicherungsleistungen für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung hat,
- die höher oder umfassender sind als die Versicherungsleistungen nach Ziffern 2.2.1 und 2.2.2 sowie Ziffern 2.2.4 und 2.2.5,

gilt Folgendes:

Für die in Absatz aa) genannten Leistungen ist statt der tariflichen Leistungszusage nach Ziffern 2.2.1 und 2.2.2 sowie Ziffern 2.2.4 und 2.2.5 der Umfang des Versicherungsschutzes nach der für den Organspender bestehenden Krankenversicherung maßgeblich.

(2) Aufwendungen für die Bereitstellung des gespendeten Organs oder Gewebes
Zusätzlich ersetzen wir 100 Prozent der Aufwendungen für die Bereitstellung des gespendeten Organs oder Gewebes, die im Rahmen des Transplantationsgesetzes (TPG) berechnungsfähig sind.

Dies setzt voraus, dass die Leistungen nicht als Bestandteil der Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen berechnet worden sind.

(3) Entschädigung wegen Arbeitsunfähigkeit des Organspenders

a) Verdienstausfall des Organspenders (Grundsatz)
Wenn der Organspender infolge der Organ- oder Gewebeentnahme arbeitsunfähig ist und insoweit einen Verdienstausfall hat, ersetzen wir ihm den uns nachgewiesenen tatsächlichen Verdienst-

ausfall. Als Verdienstausfall gilt das aus der beruflichen Tätigkeit erzielte Netto-Einkommen des Organspenders.

Zusätzlich zahlen wir für die Zeit des Verdienstausfalls eine Entschädigung in Höhe der für den Organspender zu zahlenden nachgewiesenen Beiträge für
- die gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflege-Pflichtversicherung oder die →substitutive Krankenversicherung,
- die gesetzliche oder private Rentenversicherung oder das berufsständische Versorgungswerk sowie
- die gesetzliche Arbeitslosenversicherung,

soweit die Beiträge nicht bereits über das Netto-Einkommen aus beruflicher Tätigkeit abgedeckt sind.

b) Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber
Wenn der Organspender während der Arbeitsunfähigkeit jedoch einen Anspruch auf Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall durch den Arbeitgeber hat, zahlen wir keine Entschädigung nach Absatz a).

Stattdessen ersetzen wir für die Zeit der Arbeitsunfähigkeit dem Arbeitgeber des Organspenders die tatsächliche Entgeltfortzahlung und die von ihm für folgende Absicherungen des Organspenders anteilig übernommenen Beiträge in der nachgewiesenen tatsächlichen Höhe:
- die gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflege-Pflichtversicherung oder die →substitutive Krankenversicherung,
- die gesetzliche Rentenversicherung oder das berufsständische Versorgungswerk und
- die betriebliche Alters- und Hinterbliebenen-Versorgung.

Der Anspruch nach Satz 2 besteht nur, wenn der Arbeitgeber dies bei uns beantragt.

(4) Vorrangige Leistungspflicht anderer Leistungsträger
Wenn für den Organspender gegenüber anderen Leistungsträgern Anspruch auf Leistungen für die Organ- oder Gewebespende besteht, geht dieser Anspruch insoweit unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen und Entschädigungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

2.2.6.2 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die allgemeine Wartezeit nach Ziffer 1.1.3 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfällt. Sie müssen hierzu keinen Antrag auf Erlass der Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein stellen.

2.2.7 Pflege-Pauschale

Wir bieten bei Pflegebedürftigkeit Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen.

2.2.7.1 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir eine Pflege-Pauschale?

Wir zahlen eine einmalige Pflege-Pauschale von 3.000 Euro, wenn
- die →versicherte Person pflegebedürftig nach § 14 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) ist und
- für sie die Zuordnung mindestens zu Pflegegrad 3 nach § 15 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nachgewiesen worden ist.

2.2.7.2 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Die allgemeine Wartezeit nach Ziffer 1.1.3 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein entfällt. Sie müssen hierzu keinen Antrag auf Erlass der Wartezeiten nach Ziffer 1.1.3 Absatz 4 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein stellen.

2.2.8 Vorsorge-Pauschale

Inhalt dieses Abschnitts:
2.2.8.1 Welche Vorsorge-Pauschale ist vereinbart?
2.2.8.2 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir die Vorsorge-Pauschale?
2.2.8.3 Wann wird die Vorsorge-Pauschale ausgezahlt?

2.2.8.1 Welche Vorsorge-Pauschale ist vereinbart?

Anstelle des Aufwendungsersatzes nach diesem Tarif zahlen wir eine Pauschale für die im Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale des Tarifs MB100 (siehe Ziffer 2.6.3) aufgeführten Vorsorge-Untersuchungen (Vorsorge-Pauschale).

Bei der Berechnung der Pauschal-Zahlung legen wir die darin genannten Beträge und Zeit-Intervalle zugrunde.

2.2.8.2 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir die Vorsorge-Pauschale?

Wir zahlen die Vorsorge-Pauschale nach Ziffer 2.2.8.1, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

(1) Ärztliche Bestätigung
Sie müssen durch eine ärztliche Bestätigung nachweisen, dass die →versicherte Person die im Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale des Tarifs MB100 (siehe Ziffer 2.6.3) aufgeführten Vorsorge-Untersuchungen in Anspruch genommen hat. Die ärztliche Bestätigung muss auf einem Coupon erfolgen, den wir Ihnen auf Anfrage zusenden.

(2) Kein Aufwendungsersatz
In dem Versicherungsjahr, in dem die Vorsorge-Untersuchung durchgeführt worden ist, sind für die →versicherte Person keine Aufwendungen - auch nicht für Vorsorge-Untersuchungen - aus einer bei uns abgeschlossenen →substitutiven Krankheitskosten-Versicherung ersetzt worden.

(3) Keine Anwartschaftsversicherung
Die Vorsorge-Untersuchungen sind nicht während der Dauer einer →Anwartschaftsversicherung durchgeführt worden. Maßgeblich ist das Datum, an dem die Vorsorge-Untersuchung durchgeführt worden ist.

(4) Bestehende Krankheitskosten-Versicherung ohne Beitragsrückstand im Folgejahr
Für die →versicherte Person muss am 30. Juni des Folgejahrs bei uns noch eine →substitutive Krankheitskosten-Versicherung ohne Beitragsrückstand bestehen.

Wir zahlen die Vorsorge-Pauschale jedoch auch, wenn die substitutive Krankheitskosten-Versicherung vor dem 30. Juni des Folgejahrs endet, weil die versicherte Person gestorben oder in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig geworden ist.

Wir können einheitlich für alle im Tarif MB100 versicherten Personen mit Anspruch auf Zahlung der Vorsorge-Pauschale auf die Voraussetzung nach Satz 1 verzichten.

2.2.8.3 Wann wird die Vorsorge-Pauschale ausgezahlt?

Wir zahlen die Vorsorge-Pauschale nach dem 30. Juni des Folgejahrs aus.

Wenn wir auf die Voraussetzung nach Ziffer 2.2.8.2 Absatz 4 verzichten, können wir die Vorsorge-Pauschale vor dem 30. Juni des Folgejahrs auszahlen.

2.2.9 Vermittlung von Spezialisten

Inhalt dieses Abschnitts:
2.2.9.1 Was sind Spezialisten im vertraglichen Sinne?
2.2.9.2 Wann wird ein Termin bei einem Spezialisten vermittelt?
2.2.9.3 Wann gilt die Vermittlung als erfüllt?

2.2.9.1 Was sind Spezialisten im vertraglichen Sinne?

Spezialisten im vertraglichen Sinne sind

- in Deutschland tätige Ärzte,
- die bezüglich der im Diagnose- und Therapieverzeichnis des Tarifs MB100 (siehe Ziffer 2.6.4) 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.

2.2.9.2 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 MB100 (siehe Ziffer 2.6.4) 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 nach Ziffer 2.2.1 oder Ziffer 2.2.2 für die →versicherte Person bestehen. Außerdem muss die versicherte Person transportfähig sein.

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

2.2.9.3 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 MB100 (siehe Ziffer 2.6.4) der Diagnose zugeordnete Therapie erbringt. In diesem Fall besteht die Spezialistenleistung in der endgültigen Festlegung der aus Sicht des Spezialisten erforderlichen Therapie.

2.2.10 Service bei Behandlungsfehlern

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

Inhalt dieses Abschnitts:

2.3.1 **In welchen Fällen ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen?**
2.3.2 **Welche eingeschränkte Leistungspflicht besteht bei Entwöhnungsmaßnahmen?**
2.3.3 **In welchen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen?**

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 aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, gehindert ist, das betroffene Gebiet zu verlassen. Ein solcher Grund liegt etwa vor, wenn sie das Gebiet nicht ohne Gefahr für Leib und Leben verlassen kann.

Das Kriegsereignis gilt zum Beispiel als überraschend, wenn das deutsche Auswärtige Amt für das Reiseziel und die Reisezeit keine Reisewarnung wegen eines Kriegs oder eines bevorstehenden Kriegs veröffentlicht hat. Wenn eine solche Warnung erst während der Reise veröffentlicht wird, gilt das Kriegsereignis bis dahin als überraschend.

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, Leistungserbringer einer spezialisierten ambulanten Palliativ-Versorgung, in Krankenhäusern oder Hospizen 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 eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

g) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen mit Ausnahme von Heilkuren nach Ziffer 2.2.4.

h) für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger.

i) 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.

2.3.2 Welche eingeschränkte Leistungspflicht besteht bei Entwöhnungsmaßnahmen?

(1) Zusageerfordernis
Wir leisten grundsätzlich nicht für Entwöhnungsmaßnahmen einschließlich Entwöhnungskuren. Wir leisten dennoch für eine Entwöhnungsmaßnahme, soweit wir unsere Leistungen vor Behandlungsbeginn →schriftlich zugesagt haben.

Wir erteilen unsere Zusage, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt und wir nach den übrigen vertraglichen Bestimmungen zur Leistung verpflichtet sind:

- Entwöhnungsmaßnahme
  Es handelt sich um eine stationäre oder ambulante Behandlung, die darauf abzielt, die →versicherte Person aus der Bindung an Drogen, Alkohol oder andere Suchtmittel zu lösen (Entwöhnungsmaßnahme). Die Entwöhnung erfolgt aber nicht ausschließlich wegen einer Nikotinsucht der versicherten Person.

- Hinreichende Erfolgsaussicht
  Für die Entwöhnungsmaßnahme besteht - gegebenenfalls nach Begutachtung durch einen von uns beauftragten Arzt - eine hinreichende Erfolgsaussicht.

- Höchstens insgesamt 3 Entwöhnungsmaßnahmen in der Vertragslaufzeit
  Wir haben für die versicherte Person während der gesamten bei uns zurückgelegten Versicherungszeit Aufwendungsersatz für höchstens 2 Entwöhnungsmaßnahmen erbracht. Das bedeutet, dass wir Versicherungsschutz höchstens für insgesamt 3 Entwöhnungsmaßnahmen bieten. Das gilt unabhängig davon, ob die Entwöhnungsmaßnahmen ambulant oder stationär durchgeführt werden.

(2) Umfang unserer Leistungspflicht
Es besteht keine Leistungspflicht für Entwöhnungsmaßnahmen, soweit diese zur Behandlung einer Nikotinsucht der →versicherten Person erbracht werden. Wenn die versicherte Person nikotinsüchtig und daneben von einem anderen Suchtmittel abhängig ist, leisten wir somit nur für die Entwöhnung von dem anderen Mittel.

a) Aufwendungsersatz für Entwöhnungsmaßnahmen
Soweit wir unsere Leistungen zuvor →schriftlich zugesagt haben, ersetzen wir 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen.

Erstattungsfähig sind die folgenden Aufwendungen:

aa) Ambulante Entwöhnungsmaßnahme
Soweit eine ambulante Entwöhnungsmaßnahme durchgeführt wird, sind die Aufwendungen entsprechend der tariflichen Leistungszusage für eine ambulante Behandlung nach Ziffer 2.2.1 erstattungsfähig.

bb) Stationäre Entwöhnungsmaßnahme
Soweit eine stationäre Entwöhnungsmaßnahme durchgeführt wird, sind die Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen erstattungsfähig. Die Aufwendungen sind jedoch nur bis zu den folgenden Höchstbeträgen erstattungsfähig:

1. Entwöhnung in Krankenhäusern mit Versorgungsvertrag
Wenn die Entwöhnungsmaßnahme in einem Krankenhaus durchgeführt wird, das einen Versorgungsvertrag zur medizinischen Rehabilitation nach § 111 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) abgeschlossen hat, sind die Aufwendungen pro →versicherte Person und Behandlungstag maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der den nach § 111 Absatz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) maßgeblichen Tagessatz nicht übersteigt.

2. Entwöhnung in Krankenhäusern ohne Versorgungsvertrag
Wenn die Entwöhnungsmaßnahme in einem Krankenhaus durchgeführt wird, das keinen Versorgungsvertrag zur medizinischen Rehabilitation nach § 111 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) abgeschlossen hat, gilt Folgendes:

Die Aufwendungen sind pro →versicherte Person und Behandlungstag maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, der den nach § 111 Absatz 5 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) maßgeblichen Tagessatz,
- den das Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag zur medizinischen Rehabilitation nach § 111 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V),
- das dem Wohnsitz der versicherten Person am nächsten gelegen ist,
- für ihre Behandlung berechnet hätte,

nicht übersteigt.

b) Vorrangige Leistungspflicht anderer Leistungsträger
Wenn für die →versicherte Person gegenüber anderen Leistungsträgern (zum Beispiel der gesetzlichen Rentenversicherung) Anspruch auf Leistungen besteht, geht dieser Anspruch unseren Leistungen vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

2.3.3 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),
- der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ),
- der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) sowie
- den amtlichen Gebührenordnungen für Hebammen und Entbindungspfleger

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 Ziffer 2.2.5) gelten als angemessen, wenn sie das dort ortsübliche Maß nicht übersteigen.

2.4 Umstellungsrecht bei Eintritt gesetzlicher Krankenversicherungspflicht

Inhalt dieses Abschnitts:

2.4.1 **Welches Recht zur Umstellung des Versicherungsschutzes haben Sie bei Eintritt der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht?**
2.4.2 **Wird eine erneute Gesundheitsprüfung durchgeführt?**
2.4.3 **Wann müssen Sie die Umstellung beantragen?**
2.4.4 **Was gilt bei Anspruch auf Familienversicherung oder Heilfürsorge?**

Ergänzend zu den Regelungen über den Wechsel in einen anderen Tarif mit gleichartigem Versicherungsschutz nach den Ziffern 1.8.1 bis 1.8.3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein haben

Sie folgendes weiteres Recht zur Umstellung des Versicherungsschutzes für die nach diesem Tarif →versicherte Person:

2.4.1 Welches Recht zur Umstellung des Versicherungsschutzes haben Sie bei Eintritt der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht?

Wenn die →versicherte Person in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig wird, haben Sie nicht nur ein Kündigungsrecht nach Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein. Sie können in diesem Fall außerdem von uns verlangen, dass wir Ihren Antrag auf Abschluss anderer Krankheitskosten-Tarife für die versicherte Person annehmen (Umstellung des Versicherungsschutzes).

Der Versicherungsschutz kann nur auf Krankheitskosten-Tarife umgestellt werden,
- die für den Neuzugang geöffnet sind,
- bei denen die versicherte Person die Voraussetzungen für die →Versicherungsfähigkeit nach den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2) erfüllt und
- die maximal die gleichen Leistungsbereiche umfassen wie Tarif MB100.

2.4.2 Wird eine erneute Gesundheitsprüfung durchgeführt?

Bei der Umstellung des Versicherungsschutzes werden die aus dem Vertrag erworbenen Rechte der →versicherten Person sowie deren Alterungsrückstellung in entsprechender Anwendung von § 204 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) angerechnet.

Wenn Sie die Umstellung des Versicherungsschutzes in einen Krankheitskosten-Tarif beantragen, der höhere oder umfassendere Leistungen als Tarif MB100 beinhaltet, sind wir berechtigt, für diese Leistungen eine erneute Gesundheitsprüfung vorzunehmen. Wenn 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 und insoweit auch eine Wartezeit verlangen.

2.4.3 Wann müssen Sie die Umstellung beantragen?

(1) Frist bei Kündigung zum Eintritt der Versicherungspflicht
Wenn Sie die →substitutive Krankheitskosten-Versicherung für die →versicherte Person zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht wirksam kündigen, gilt Folgendes:

- Sie können die Umstellung des Versicherungsschutzes nach Ziffer 2.4.1 gleichzeitig mit der Kündigung beantragen.
- Sie können die Umstellung aber auch beantragen, nachdem Sie die substitutive Krankheitskosten-Versicherung für die versicherte Person bereits gekündigt haben. In diesem Fall müssen Sie den Antrag jedoch spätestens zum Ende des dritten Monats nach Eintritt der Versicherungspflicht stellen.

(2) Frist bei Ihrer späteren Kündigung
Wenn Sie die →substitutive Krankheitskosten-Versicherung für die →versicherte Person später als 3 Monate nach Eintritt der Versicherungspflicht wirksam kündigen, können Sie die Umstellung des Versicherungsschutzes nach Ziffer 2.4.1 nur gleichzeitig mit der Kündigung beantragen.

(3) Zeitpunkt der Umstellung
Wenn Ihr Antrag nach Absatz 1 oder Absatz 2 fristgerecht bei uns eingeht, stellen wir den Versicherungsschutz zum Zeitpunkt der Beendigung der →substitutiven Krankheitskosten-Versicherung um.

2.4.4 Was gilt bei Anspruch auf Familienversicherung oder Heilfürsorge?

Die Regelungen nach Ziffern 2.4.1 bis 2.4.3 gelten auch bei
- gesetzlichem Anspruch auf Familienversicherung oder
- nicht nur vorübergehendem Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

2.5 Besonderheit für die Kindernachversicherung

Welche Besonderheit gilt für die Nachversicherung von leiblichen Kindern?

Nach Maßgabe von Ziffer 1.8.4 Absatz 1 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein kann das neugeborene Kind eines bei uns versicherten Elternteils zur Versicherung angemeldet werden. Ergänzend dazu gilt Folgendes:

Nach Ziffer 1.8.4 Absatz 1 b) der Allgemeinen Regelungen zum Baustein muss der Elternteil am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert sein. Grundsätzlich ist dafür der vereinbarte Versicherungsbeginn maßgeblich.

Wenn der Antrag auf Abschluss der Krankenversicherung für den Elternteil jedoch bereits vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn angenommen worden ist, rechnet die 3-Monatsfrist von der Antragsannahme an.

2.6 Anlagen

Inhalt dieses Abschnitts:

2.6.1 Heilmittelverzeichnis des Tarifs MB100
2.6.2 Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs MB100
2.6.3 Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale des Tarifs MB100
2.6.4 Diagnose- und Therapieverzeichnis für Vermittlungsleistungen des Tarifs MB100

2.6.1 Heilmittelverzeichnis des Tarifs MB100

Wichtige Informationen:
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.

Leistungen, die nicht im Heilmittelverzeichnis enthalten sind, sind nicht erstattungsfähig. Die Aufwendungen für die im Heilmittelverzeichnis genannten Leistungen sind nur bis zum versicherten Höchstbetrag nach Ziffer 2.2.1.14 Absatz 1 b) erstattungsfähig.

Leistung
Physiotherapie
- Inhalationen
Inhalationstherapie als Einzel-Inhalation
Inhalationstherapie als Raum-Inhalation in einer Gruppe, je Teilnehmer
Inhalationstherapie als Raum-Inhalation in einer Gruppe - jedoch bei Anwendung ortsgebundener Heilwässer, je Teilnehmer
Radon-Inhalation im Stollen
Radon-Inhalation mittels Hauben
- Krankengymnastik, Bewegungsübungen
Physiotherapeutische Erstbefundung zur Erstellung eines Behandlungsplans
Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta, Propriozeptive Neuromuskläre Fazilitation (PNF) bei zentralen Bewegungsstörungen nach Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten
Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage (Bobath, Vojta) bei zentralen Bewegungsstörungen für Kinder längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, als Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten
Krankengymnastik in einer Gruppe (2 bis 8 Personen) - auch orthopädisches Turnen -, je Teilnehmer
Krankengymnastik in einer Gruppe bei zerebralen Dysfunktionen (2 bis 4 Personen), mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer
Krankengymnastik (Atemtherapie) bei Behandlung von Mukoviszidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung, mindestens 45 Minuten
Krankengymnastik (Atemtherapie) in einer Gruppe (2 bis 5 Personen) bei Behandlung schwerer Bronchialerkrankungen, mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer
Bewegungsübungen
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen im Bewegungsbad als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Krankengymnastische Behandlung/Bewegungsübungen in einer Gruppe im Bewegungsbad (bis 5 Personen), je Teilnehmer - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Manuelle Therapie zur Behandlung von Gelenkblockierungen, mindestens 30 Minuten
Chirogymnastik - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Erweiterte Ambulante Physiotherapie (EAP), mindestens 120 Minuten, je Behandlungstag
Gerätegestützte Krankengymnastik (einschließlich Medizinischem Aufbautraining - MAT - oder Medizinischer Trainingstherapie - MTT), je Sitzung für eine parallele Einzelbehandlung (bis zu 3 Personen mindestens 60 Minuten)
Extensionsbehandlung (zum Beispiel Glisson-schlinge)
Extensionsbehandlung mit größeren Apparaten (zum Beispiel Schrägbrett, Extensionstisch, Perl´sches Gerät, Schlingentisch)
- Massagen
Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezial-Massagen (Bindegewebs-, Segment-, Periost-, Reflexzonen-, Bürsten- und Colon-Massage)
Manuelle Lymphdrainage nach Dr. Vodder - Großbehandlung, mindestens 30 Minuten
- Ganzbehandlung, mindestens 45 Minuten
- Ganzbehandlung, mindestens 60 Minuten
- Kompressionsbandagierung einer Extremität
Unterwasserdruckstrahl-Massage - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- Palliativversorgung
Physiotherapeutische Komplexbehandlung in der Palliativversorgung, mindestens 60 Minuten
- Packungen, Hydrotherapie, Bäder
Heiße Rolle - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Warm-Packung eines oder mehrerer Körperteile - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - bei Anwendung wieder verwendbarer Packungsmaterialien
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Teil-Packung
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Groß-Packung
Schwitz-Packung - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Kalt-Packung - zum Beispiel Anwendung von Lehm oder Quark
- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloide ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid
Heublumensack, Peloid-Kompresse
Wickel, Auflagen, Kompressen, auch mit Zusatz
Trocken-Packung
Teil-Guss, Teilblitz-Guss, Wechselteil-Guss
Voll-Guss, Vollblitz-Guss, Wechselvoll-Guss
Abklatschung, Abreibung, Abwaschung
An- oder Absteigendes Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
An- oder Absteigendes Vollbad (Überwärmungsbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Wechsel-Teilbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Wechsel-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Bürstenmassagebad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Naturmoor-Halbbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Naturmoor-Vollbad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - Teilbad
Sandbäder - einschließlich der erforderlichen Nachruhe - Vollbad
Sole-Photo-Therapie - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
Medizinische Bäder mit Zusätzen - Teilbad (Hand-, Fußbad) mit Zusatz
- Sitzbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- Vollbad, Halbbad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe
- weitere Zusätze, je Zusatz
Gashaltige Bäder

- Gashaltiges Bad (zum Beispiel Kohlensäurebad, Sauerstoffbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

- Gashaltiges Bad mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

- Kohlendioxidgasbad (Kohlensäuregasbad) - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

- Radon-Bad - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

- Radon-Zusatz, je 500 000 Millistat

- Kälte- und Wärmebehandlung

Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen mit lokaler Applikation intensiver Kälte in Form von Eiskompressen, tiefgekühlten Eis oder Gelbeuteln, direkter Abreibung, Kaltgas und Kaltluft mit entsprechenden Apparaturen sowie Eisteilbädern in Fuß- oder Armbadewannen

Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile

- Elektrotherapie

Ultraschallbehandlung - auch Phonophorese

Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit hochfrequenten Strömen (Kurz-, Dezimeter- oder Mikrowellen)

Behandlung eines oder mehrerer Körperabschnitte mit niederfrequenten Strömen (zum Beispiel Reizstrom, diadynamischer Strom, Interferenzstrom, Galvanisation)

Gezielte Niederfrequenzbehandlung, Elektrogymnastik bei spastischen oder schlaffen Lähmungen

Iontophorese

Zwei- oder Vierzellenbad

Hydroelektrisches Vollbad (zum Beispiel Stangerbad), auch mit Zusatz - einschließlich der erforderlichen Nachruhe

- Lichttherapie

Behandlung mit Ultraviolettlicht
- als Einzelbehandlung

- in einer Gruppe, je Teilnehmer

Reizbehandlung eines umschriebenen Hautbezirkes mit Ultraviolettlicht

Reizbehandlung mehrerer umschriebener Hautbezirke mit Ultraviolettlicht

Quarzlampen-Druckbestrahlung eines Feldes

Quarzlampen-Druckbestrahlung mehrerer Felder

- Ergotherapie

Funktionsanalyse und Erstgespräch, einschließlich Beratung und Behandlungsplanung, einmal je Behandlungsfall

Einzelbehandlung
- bei motorischen Störungen, mindestens 30 Minuten

- bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, mindestens 45 Minuten

- bei psychischen Störungen, mindestens 60 Minuten

Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, Richtwert: 120 Minuten

Einzelbehandlung als Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs, einmal pro Behandlungsfall

- bei motorisch-funktionellen Störungen bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit

- bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen bis zu 3 Einheiten am Tag, je Einheit

- bei psychisch-funktionellen Störungen bis zu 2 Einheiten am Tag, je Einheit

Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten

Hirnleistungstraining als Gruppenbehandlung, mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer r

Gruppenbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen, mindestens 30 Minuten, je Teilnehmer

Gruppenbehandlung bei sensomotorischen oder perzeptiven Störungen, mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer

Gruppenbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen, mindestens 90 Minuten, je Teilnehmer

Gruppenbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, mindestens 180 Minuten, je Teilnehmer

- Logopädie

Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung und Erstellung eines Behandlungsplanes, einmal je Behandlungsfalll

Einzelbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen (Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung des Teilnehmers und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig) l

- mindestens 30 Minuten

- mindestens 45 Minuten

- mindestens 60 Minuten

- mindestens 90 Minuten

Gruppenbehandlung bei Atem-, Stimm-, Sprech-, Sprach-, Hör- und Schluckstörungen (Aufwendungen für die Vor- und Nachbereitung, die Verlaufsdokumentation, den sprachtherapeutischen Bericht sowie für die Beratung der Patientin oder des Patienten und ihrer oder seiner Bezugspersonen sind daneben nicht erstattungsfähig), je Teilnehmer
- Gruppe (2 Personen), mindestens 45 Minuten

- Gruppe (3 bis 5 Personen), mindestens 45 Minuten

- Gruppe (2 Personen), mindestens 90 Minuten

- Gruppe (3 bis 5 Personen), mindestens 90 Minuten

- Podologie

Hornhautabtragung an beiden Füßen

Hornhautabtragung an einem Fuß

Nagelbearbeitung an beiden Füßen

Nagelbearbeitung an einem Fuß

Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)

Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung und Nagelbearbeitung)

Erstversorgung mit einer Federstahldraht Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Abdruck und Anfertigung der Passiv-Nagel-Korrektur-Spange nach Modell, Applikation sowie Spangenkontrolle nach 1 bis 2 Wochen

Regulierung der Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, einschließlich Spangen-Kontrolle nach 1 bis 2 Tagen

Ersatzversorgung mit einer Orthonyxiespange nach Ross-Fraser, einteilig, infolge Verlusts oder Bruchs der Spange bei vorhandenem Modell einschließlich Applikation

Versorgung mit einer konfektionierten bilateralen Federstahldraht-Orthonyxiespange, dreiteilig, einschließlich individueller Spangenformung, Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen

Versorgung mit einer konfektionierten Klebespange, einteilig, einschließlich Applikation und Spangensitzkontrolle nach 1 bis 2 Tagen

Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (zum Beispiel Altenheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang, je Person

- Ernährungstherapie

durch Diätassistenten, Oecotrophologen oder Ernährungswissenschaftler

Erstgespräch mit Behandlungsplanung, mindestens 60 Minuten

Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr

Gruppenbehandlung, mindestens 30 Minuten, begrenzt auf maximal 12 Behandlungen pro Jahr

- Hausbesuche/Wegegeld

Ärztlich verordneter Hausbesuch

Wegegeld (nur bei ärztlich verordnetem Hausbesuch) bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges in Höhe von 0,30 Euro je Kilometer bis maximal 50 Kilometer oder ansonsten die niedrigsten Kosten des regelmäßig verkehrenden Beförderungsmittels bis maximal 50 Kilometer	

2.6.2 Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs MB100

Wichtige Informationen:
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.

Aufwendungen für Leistungen, die nicht im Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen enthalten sind, oder Beträge, soweit sie über den genannten liegen, sind nicht erstattungsfähig.

Wir legen dem Aufwendungsersatz den erstattungsfähigen Höchstbetrag im Preis- und Leistungsverzeichnis zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer zugrunde.

Im Zusammenhang mit der Herstellung von zahntechnischen Leistungen anfallende Materialkosten (Kosten für Edelmetall, Prothesenzähne, Konfektionsteile) sind in Höhe der Herstellerpreise zuzüglich der jeweils gültigen Mehrwertsteuer erstattungsfähig. Darüber hinaus fallen Materialkosten, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) als gesondert berechnungsfähig aufgeführt sind, unter den Versicherungsschutz.

Leistung	Erstattungsfähiger Höchstbetrag in Euro
Abformpfosten/Modellimplantat repositionen und aufschrauben, je Implantatpfosten	17,90
Abutment individuell, inkl. bearbeiten	60,10
Aufbiss-Schiene/Knirscher-Schiene/Bissführungsplatte/Okklusionsschiene	200,20
Aufstellen/Umstellen Grundeinheit	38,60
Aufstellen je Zahneinheit	9,90
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	60,10
Auswerten eines Registrats	8,60
Basis aus Kunststoff/Basis tiefgezogen	34,30
Basis unterfüttern	94,40
Basisteil unterfüttern	54,30
Basis erneuern	114,40
Bisswall aus Wachs	14,30
Bohrschablone	221,50
Brückenglied aus Keramik	130,10
Brückenglied gegossen, auch für Keramik- oder Kunststoffverblendung	77,20
Deckgold aufbrennen, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 - 23/33 - 43)	11,40
Diagnostisches Aufstellen/Diagnostisches Modellieren, je Zahn	18,60
Dublieren Einzelstumpf/Modell oder Modellteil	11,40
Einarmige Klammer/Inlayklammer/Interdentalklammer/Knopfklammer/Approximalklammer/Auflage/Bonyhardklammer ohne Auflage/ Kralle	17,20
Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis, Metallbasis, Aufbiss-Schiene Grundeinheit	50,10
Fertigstellen Grundeinheit	85,80
Fertigstellen je Zahneinheit	6,40
Formteil für provisorische Versorgung, je Kieferhälfte	45,80
Friktionsstift inkl. Bohrung und Fräsung	22,90
Gebogene Retention, je Retention	14,30
Gegossene Retention (je Retention), Anker für Klebebrücke	35,80
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - einflächig	85,80
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - zweiflächig	97,20
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - dreiflächig	113,00
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - mehrflächig	120,10
Guss-Onlay/Guss-Teilkrone	111,50
Hilfsteil in Abdruck/an Basis (z. B. Röntgenkugel, Bohrhülse)	12,20
Implantatausgleichskrone gegossenen	79,40
Individuell charakterisieren, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 - 23/33 - 43)	21,50
Individueller Löffel/Funktionslöffel	41,50
Individuelles Geschiebe	168,70
Instandsetzung einer Prothese, Kunststoffbasis, Metallbasis, Aufbiss-Schiene Grundeinheit	50,10
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet	38,60
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik-Inlay - einflächig	178,80
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik-Inlay - zweiflächig	193,10
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik-Inlay - dreiflächig	214,50
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik-Inlay - mehrflächig	214,50
Keramik-Krone/Presskeramik-Krone/Glaskeramik-Krone	185,90
Keramik-Teilkrone/Presskeramik-Teilkrone/Glaskeramik-Teilkrone/Keramik-Teilonlay/Presskeramik-Onlay/Glaskeramik-Onlay	211,60
Keramik-Verblendschale/Keramik-Veneer	211,60
Keramik-Verblendung	109,10
Konfektionsabutment, inkl. bearbeiten oder ergänzen	24,90
Konfektionsgeschiebe	123,00
Krone, Brückenglied, Inlay aufpassen, auf Kontrollmodell	11,40
Krone gegossen/Krone für Verblendung/Wurzelkappe/Galvano-Krone	104,40
Kronen- oder Brückengliedreparatur	48,60
Kunststoff-Inlay/Kunststoff-Onlay	71,50
Kunststoff-Krone	91,50
Kunststoff-Verblendung	78,70
Leistungseinheit Sprung, Bruch aus Metall	31,50
Leistungseinheit Sprung, Bruch, Wiederbefestigung eines Zahns, Basisteil aus Kunststoff	11,40
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn/Klammer einarbeiten	14,30
Leistungseinheit, Kunststoffsattel lösen und wiederbefestigen	21,50
Lötfreie Verbindung	12,90
Lötung/Schweißverbindung	20,00
Mehraufwand für Einstellen nach Zentrik-Registrat	11,40
Meso-/Mesiostruktur auf Implantat	79,40
Mess-Schablone/Implantat-/Kontroll-Schablone	45,80
Metallarmierung für provisorische Versorgung/ Retention	48,60
Metallbasis - Oberkiefer, Unterkiefer	138,70
Miniplastschiene	85,80
Modell	17,20
Modell oder Zahnkranz bearbeiten	4,30
Modell untersockeln	10,00
Modell vermessen	7,90

Modellimplantat repositionieren	12,20
Modellmontage in Artikulator	18,60
Modellpaar sockeln, dreidimensional	47,20
Modellpaar trimmen, okklusionsbezogen	22,90
Montage eines Gegenkiefermodells	11,40
Neuadjustieren/Umarbeiten einer vorhandenen Schiene oder Prothese	118,70
Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	57,20
Radieren nach System	7,20
Registrierhilfen/Registrat/Zentrikplatte/ Bissplatte	34,30
Remontage Prothetik (Einartikulieren und Einschleifen)	72,90
Remontage-Modell	35,80
Reponieren eines Stumpfes	5,40
Riegel	244,50
Rillen-Schulter-Geschiebe	170,90
Rohbrandeinprobe, je Zahneinheit	11,40
Rückenschutzplatte/Zahn oder Kaufläche zahnfarben hergestellt oder aus Metall	57,20
Schubverteilungsarm	107,30
Schulter aus Keramik/Glas, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 - 23/33 - 43)	31,50
Selektives Einschleifen	44,30
SET-UP/WAX-UP je Zahn	14,30
Silikonschlüssel	5,00
Sonderausführungen Prothesenbasis (Sonderkunststoffe verarbeiten, Gitter/Bügel einarbeiten)	60,10
Spezialmodell	47,20
Split-Cast Sockel an Modell	21,50
Steg, Grundeinheit	54,30
Steg, Längeneinheit	11,40
Steggeschiebe	167,90
Stiftaufbau	55,80
Stumpf einschließlich aller stumpfvorbereitender Maßnahmen und Dowelpin	24,50
Stumpf scannen, digitieren, digitalisieren	82,70
Stumpfmodell/Sägemodell	18,60
Teleskop-Krone/Konus-Krone	292,00
Übertragen einer Wachsaufstellung auf Metallbasis	5,70
Übertragungskappe	48,60
Umlaufende Fräsung	15,70
Umstellen je Zahneinheit	8,40
Unterfütterbarer Abschlussrand	17,20
Versandkosten in nachgewiesener Höhe	
Verschraubung/Verbolzung	64,40
Wurzel-/Sattelpontic, je Zahneinheit	42,90
Wurzelstift gegossen	48,60
Zahn diagnostisch beschleifen oder radieren	7,20
Zahn zahnfarben hinterlegen, je Zahn	9,30
Zahnfarbenbestimmung insgesamt	28,60
Zahnfleisch je Zahneinheit	60,10
Zahnfleischmaske, abnehmbar - je Kieferhälfte/ Frontzahnbereich	25,70
Zahnkranz ausgießen	14,30
Zuschlag für Arbeiten unter Stereomikroskop, je Zahneinheit	35,80
Zweiarmige Klammer/Bonwill-Klammer/Bonyhard-Klammer mit Auflage/J-Klammer/Überwurf-Klammer	28,60
Zweitstumpf aus Kunststoff inkl. Übertragung ins Arbeitsmodell	20,00

- Kieferorthopädie

Adamsklammer	22,90
Aufbiss-Kappe aus Kunststoff, je Zahn	35,80
Aufbiss-Kappe aus Metall, je Zahn	68,60
Außenbogen individuell, auch Lipbumper, je Kiefer	78,70
Basis für Einzelkiefergerät	93,00
Basis für Funktions-Kiefer-Orthopädisches Gerät (FKO-Gerät)	164,50
Basis für schiefe Ebene aus Kunststoff	68,60
Basis für schiefe Ebene aus Metall	111,50
Coffin-Feder	42,90
Doppelbogen-Klammer	22,90
Doppelplatten-Führungssporn/-Steg	50,10
Dorn	14,30
Dreieckklammer	14,30
Druckfeder, Zugfeder	21,50
Facebow anpassen	18,60
Feder	20,00
Funktions-Kiefer-Orthopädisches Gerät (FKO-Gerät), voreinschleifen	28,60
Frontaler oder lateraler Aufbiss, hart je Kieferhälfte/Frontzahngebiet	22,90
Frontaler oder lateraler Aufbiss, weich je Kieferhälfte/Frontzahngebiet	54,30
Funktionsfähigmachen einer Schraube ohne Trennen der Basis	11,40
Grundbogen Oberkiefer oder Unterkiefer	42,90
Grundeinheit Instandsetzung KFO-Basis/-Gerät	42,90
Häkchen	14,30
Haltesporn	14,30
Headgear individuell, je Kiefer	79,40
Interokklusal-Stop	11,40
KFO Platte, voreinschleifen	11,40
Kinnkappe mit Retentionshaken	107,30
Kunststoffschild	40,00
Labialbogen, auch modifiziert oder intermaxillär, je Kiefer	44,30
Lingualbogen, je Kiefer	42,90
Lingualer Frontalbogen	28,60
Lückenhalter	25,70
Montage eines Modellpaares in Fixator	14,30
Palatinalbogen	54,30
Pelotte, je Kieferhälfte	40,00
Positioner	200,20
Protrusionsbogen, je Kiefer	28,60
Retentionsschiene	93,00
Schiefe Ebene aus Metall oder Kunststoff, je Zahneinheit	35,80
Schraube einarbeiten	45,80
Spezialschraube (Einzelzahn- Sektoren-, asymmetrischen Bewegung)	34,30
Spezialschraube zur Metallverbindung	45,80
Spike	10,00
Sporn aktiv, Rücklaufsporn, Führungssporn	17,20
Stop	20,00
Trennen einer Basis	21,50
U-Bügel, Federbügel	50,10
Verarbeiten eines Schlosses oder eines Röhrchens	20,00
Vorbiss oder Rückbiss	25,70
Vorhofplatte	143,00
Zugfeder	21,50
Zungengitter, je Kieferhälfte/Frontzahngebiet	31,50

2.6.3 Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale des Tarifs MB100

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.

Vorsorge-Untersuchung	Zeitintervall	Pauschale Euro
Vorsorgeuntersuchungen für Männer		
Gesundheitsuntersuchung für Männer - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	75,00
Krebsvorsorge für Männer (Grundsatz) - Mindestalter: 45 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	40,00
Hautkrebs-Screening für Männer - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	35,00
Darmspiegelung für Männer - Mindestalter: 55 Jahre	einmal innerhalb von 10 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	270,00
Vorsorgeuntersuchungen für Frauen		
Krebsvorsorge für Frauen (Grundsatz) - Mindestalter: 21 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	60,00
Krebsvorsorge für Frauen (Grundsatz) - Mindestalter: 50 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	70,00
Hautkrebs-Screening für Frauen - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	35,00
Gesundheitsuntersuchung für Frauen - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	75,00
Mammographie für Frauen - Mindestalter: 50 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	125,00
Darmspiegelung für Frauen - Mindestalter: 55 Jahre	einmal innerhalb von 10 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	270,00

2.6.4 Diagnose- und Therapieverzeichnis für Vermittlungsleistungen des Tarifs MB100

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.