

## 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 Gruppenversicherungs- 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. Zuständiges Gericht
5. Verjährung
6. 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,
- 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.

##### 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 tarifbezoge-

nen 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.

###### (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 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 Versicherungsfalles 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 Absätze 2 und 3).

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 des gewöhnlichen Aufenthalts 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) Dauerhafte Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts 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, enden die für sie abgeschlossenen Tarife dieses Bausteins.

Die Krankheitskosten-Tarife können jedoch 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.

##### **b) Recht auf Fortsetzung**

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.

Nach Beendigung der vereinbarten Fortsetzung können die Krankheitskosten-Tarife nach Absatz a) Sätze 2 bis 3 fortgesetzt werden.

#### **(3) Vorübergehende Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums**

Wenn die →versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt nur vorübergehend in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums verlegt, können Sie verlangen, dass die für sie abgeschlossenen Krankheitskosten-Tarife in Form einer →Anwartschaftsversicherung 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**

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?**

### 1.2.1 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.

## 1.3 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.

## 1.5 Übertragung vertraglicher Ansprüche an Dritte

**Können Ansprüche auf Versicherungsleistungen an Dritte übertragen werden?**

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot gilt nicht bei bestimmungsgemäßer Verwendung der → „Card für Privatversicherte“.

## 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 Welchen Beitragsnachlass erhalten Sie bei Vorauszahlung?**

**1.6.6 Was gilt für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung?**

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

**1.6.8 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 Alterwerdens 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 Alterwerdens 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 Welchen Beitragsnachlass erhalten Sie bei Vorauszahlung?

Ihr Beitrag ist als Monatsbeitrag kalkuliert und wird zu Beginn eines jeden Monats fällig (siehe Teil B Ziffer 2.1 Absatz 2 b)). Wenn Sie mehrere Monatsbeiträge im Voraus zahlen, erhalten Sie einen Nachlass wie folgt:

- 1 Prozent bei vierteljährlicher Vorauszahlung,
- 2 Prozent bei halbjährlicher Vorauszahlung oder
- 4 Prozent bei jährlicher Vorauszahlung.

#### 1.6.6 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.

#### 1.6.7 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

- Sie die sofortige Zahlung ungewöhnlich hart treffen würde und
- unseren Interessen durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann.

Der gestundete Betrag wird verzinst.

#### 1.6.8 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, Fax, 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 →Treuhanders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 Prozent können alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhanders 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 Treuhanders 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) Absehen von einer Beitragsanpassung**

Von einer Beitragsanpassung können wir absehen, wenn wir und der →Treuhandereinstimmend die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend ansehen.

### **(3) Wirksamwerden einer Beitragsanpassung oder Änderung von Selbstbeteiligung und Risikozuschlag**

Wir werden Sie in Textform (zum Beispiel Brief, Fax, 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.

### **(4) 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 Treuhanders**

Die Versicherungsbedingungen einschließlich der zugehörigen Preis- und Leistungsverzeichnisse können nach § 203 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) mit Zustimmung eines unabhängigen →Treuhanders 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, Fax, 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, Fax, 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.

Für einen Wechsel in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie gilt Ziffer 1.8.2 und Ihr Anspruch auf Wechsel in den Basistarif (§ 12 Absatz 1a 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.

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 (§ 12 Absatz 1a 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.

**(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, wenn

- ein Elternteil am Tag der Geburt mindestens 3 Monate bei uns versichert war und
- die Versicherung für das Neugeborene spätestens 2 Monate nach der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt angemeldet wird.

Der Versicherungsschutz des Neugeborenen darf nicht höher oder umfassender sein als der eines versicherten Elternteils, soweit in den Tarifbedingungen (Teil A Ziffer 2), die für den bei uns versicherten Elternteil abgeschlossen sind, nichts anderes vorgesehen ist.

Wenn die Versicherung des Neugeborenen nach den Sätzen 1 und 2 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 eines versicherten Elternteils. 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 sich der Beihilfebemessungssatz vermindert oder der Beihilfeanspruch entfällt, haben Sie nach den Voraussetzungen und mit den Rechtsfolgen des § 199 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) Anspruch auf eine Anpassung des Versicherungsschutzes.

Der Versicherungsschutz wird 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 →Schriftform. Die Ausübung des Rechts per Fax oder per E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

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, Fax, 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 bis zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung 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 eines Monats 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?

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 erst wirksam, wenn Sie uns innerhalb der Kündigungsfrist nachweisen, dass die versicherte Person bei dem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.
- Das Aufhebungsverlangen wird erst wirksam, wenn Sie uns innerhalb der Frist nach Ziffer 1.9.3 Absatz 6 nachweisen, dass die versicherte Person bei dem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

### 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 § 12 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 § 12 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, Fax, E-Mail) informieren.

## 1.11 Recht auf Neuabschluss

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

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

Wenn die Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zustande kommt oder sie vor Ablauf der gesetzlich erforderlichen Vorversicherungszeit endet, steht sowohl Ihnen als auch der betroffenen versicherten Person das Recht zu,

- die Krankheitskosten-Tarife, soweit sie von der Kündigung uns gegenüber erfasst sind,
- unter den Voraussetzungen und mit den Rechtsfolgen des § 5 Absatz 9 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bei uns neu abzuschließen.

Das bedeutet unter anderem, dass wir den Antrag auf Neuabschluss der Krankheitskosten-Tarife

- ohne erneute Gesundheitsprüfung und
- unter Anrechnung der bis zur Kündigung erworbenen →Alterungsrückstellung
- zu den gleichen Tarifbedingungen, die zum Zeitpunkt der Kündigung bestanden haben, annehmen werden.

## 2. Tarifbedingungen

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

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

### Tarif AktiMed Plus 100 (AMP100U) - Einzelversicherung

Dieser Tarif gehört zur Tarif-Serie AktiMed. Er hat die Kurzbezeichnung AMP100U.

Der Tarif AMP100U gehört zur →Produktgruppe UNI. Außerdem sieht der Tarif den Aufbau eines →Übertragungswerts vor.

#### 2.1 Erforderliche Eigenschaft der versicherten Person (Aufnahmefähigkeit)

##### 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.

#### 2.2 Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

##### 2.2.1 Ambulante Behandlung in Deutschland

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.1.1 Welcher Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?
- 2.2.1.2 Unter welchen Leistungserbringern kann die versicherte Person wählen (Grundsätze)?
- 2.2.1.3 In welchen Fällen hängt unsere Leistungspflicht von unserer vorherigen schriftlichen Zusage ab?
- 2.2.1.4 Für welche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden leisten wir?
- 2.2.1.5 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 Heilbehandlung durch Heilpraktiker?
- 2.2.1.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Psychotherapie?
- 2.2.1.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei alternativmedizinischen 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 Aufwendungen ersetzen wir für Krankentransporte, Krankenfahrten und Fahrten eines Notarztes?
- 2.2.1.16 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei ambulanter Behandlung wegen Schwangerschaft und bei ambulanter Entbindung?
- 2.2.1.17 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 Zeitpunkt ist für das Entstehen der versicherten Aufwendungen maßgeblich?

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

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

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

###### (1) Auswahl von Ärzten oder Heilpraktikern

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

###### (2) Auswahl von juristischen Personen

Die Aufwendungen für Leistungen von folgenden →juristischen Personen sind ebenfalls versichert:

- Institute, die auf Veranlassung eines Arztes 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

Zusätzlich zu den in Ziffer 2.2.1.2 genannten Leistungserbringern hat die →versicherte Person die freie Wahl unter den approbierten Psychologischen Psychotherapeuten und den approbierten Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, wenn

- diese in eigener Praxis tätig sind,
- über einen entsprechenden Fachkunde-Nachweis verfügen und
- wir vor Behandlungsbeginn eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

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

###### (2) Besonderheiten bei 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.

### (3) 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 b)) erzielt werden kann (ambulante Anschlussheilbehandlung),

leisten wir nur, wenn wir vor Beginn der Weiterbehandlung 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 Befundbericht vorlegen. Soweit diese Prüfung ergibt, dass wir leistungspflichtig sind, erteilen wir die schriftliche Zusage.

### (4) Besonderheiten bei spezialisierter ambulanter Palliativ-Versorgung

Für eine spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung 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. 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,
- 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 2.2.1.8) 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, Sonderleistungen (zum Beispiel Anlegen von Verbänden, Blutentnahmen, Injektionen und sonografische Leistungen), Operationen, Dialysen und Heimdialysen sowie Wegegelder und Reiseentschädigungen des Arztes.

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

##### (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 bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

### (3) Aufwendungen für Schutzimpfungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für Schutzimpfungen,

- die von der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut empfohlen werden – mit Ausnahme von Reise-Impfungen, Malaria-Prophylaxe sowie Impfungen wegen der beruflichen Tätigkeit der →versicherten Person –, sowie
- gegen Hepatitis B, auch wenn es sich um eine Reise-Impfung oder eine Impfung wegen beruflicher Tätigkeit handelt, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind, einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff.

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

#### 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 bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

##### (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.

#### 2.2.1.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Heilbehandlung durch Heilpraktiker?

### (1) Versicherte Leistungen

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung - mit Ausnahme von künstlicher Befruchtung und Psychotherapie (siehe dazu Ziffer 2.2.1.8) sowie ambulanter Anschlussheilbehandlung - ersetzen wir 100 Prozent der Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker, die nach dem jeweils aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechnungsfähig sind.

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

### (2) Versicherter Höchstbetrag

Der Ersatz von Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker und für damit zusammenhängend verordnete Arzneimittel ist auf höchstens 1.000 Euro pro →versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

#### 2.2.1.8 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei einer Psychotherapie?

##### (1) Versicherte Leistungen

Bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Psychotherapie gilt Folgendes:

##### a) 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.

Die Erstattungsprozentsätze beziehen sich auf alle Sitzungen, die die versicherte Person für den →schwebenden Versicherungsfall in Anspruch nimmt. Zusätzlich gilt die Höchstgrenze unserer Leistungspflicht nach Absatz 2.

##### b) Erstattungsfähige Aufwendungen

###### aa) Ärztliche Leistungen

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

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

###### bb) Behandlungen durch Heilpraktiker

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

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

Beim Ersatz von Aufwendungen für Behandlungen durch Heilpraktiker berücksichtigen wir den Höchstbetrag nach Ziffer 2.2.1.7 Absatz 2.

###### cc) Leistungen durch Psychologische Psychotherapeuten oder durch Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten

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

Die Aufwendungen für die Vergütung von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten sind bis zu den Höchstsätzen erstattungsfähig, die sich aus der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in Verbindung mit der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ergeben. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

### (2) Höchstgrenze unserer Leistungspflicht

Der Ersatz von Aufwendungen für Psychotherapie ist auf höchstens 50 Sitzungen pro →versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt. Die Begrenzung nach Satz 1 gilt einschließlich versuchsweiser Erstbehandlungen (probatorische Sitzungen). Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil die versicherte Anzahl an Sitzungen überschritten worden ist.

#### 2.2.1.9 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei alternativmedizinischen Verfahren?

Wenn ambulante alternativ-medizinische Verfahren von einem Arzt erbracht werden, gilt Ziffer 2.2.1.5 Absatz 1. Aufwendungen für ambulante alternativ-medizinische Verfahren, die von einem Heilpraktiker erbracht werden, sind nach Ziffer 2.2.1.7 erstattungsfähig. 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 orthopädische Schuhe, Hörhilfen und Perücken

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- orthopädische Schuhe. Der Ersatz dieser Aufwendungen ist auf höchstens 2.000 Euro pro →versicherte Person und Versicherungsjahr begrenzt.
- Hörhilfen. Das sind Hörgeräte (apparativ) einschließlich dazugehöriger Ohrpass-Stücke (Otoplastik). Der Ersatz dieser Aufwendungen ist auf höchstens 1.500 Euro pro versicherte Person und Hörhilfe begrenzt.
- Perücken bei krankhaftem Haarausfall. Der Ersatz dieser Aufwendungen ist auf höchstens 500 Euro pro versicherte Person und Perücke begrenzt.

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

##### (3) Aufwendungen für weitere Hilfsmittel

Wir ersetzen 100 Prozent der 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 250 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 3) 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 bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

**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 Heilmittel, Verbandmaterialien und Arzneimittel

##### a) Erstattungsprozentsätze

Wir ersetzen

- 90 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für Heilmittel, Verbandmaterialien und Arzneimittel nach den Absätzen b) und c), bis die Eigenbeteiligung von 500 Euro erreicht wird.
- 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für Heilmittel, Verbandmaterialien und Arzneimittel nach den Absätzen b) und c), wenn die Eigenbeteiligung von 500 Euro erreicht worden ist.

##### b) Erstattungsfähige Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel)

Wenn physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel) von einem Arzt erbracht werden, gilt Ziffer 2.2.1.5 Absatz 1. Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die von einem Heilpraktiker erbracht werden, sind nach Ziffer 2.2.1.7 erstattungsfähig. Zusätzlich gilt bei einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung:

##### aa) Versicherte Leistungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für physikalisch-medizinische Leistungen (Heilmittel), die

- im Heilmittelverzeichnis des Tarifs AMP100U (siehe Ziffer 2.7.1) 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.

##### bb) 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.

##### c) Erstattungsfähige Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel

Wir ersetzen die Aufwendungen für Verbandmaterialien und Arzneimittel, wenn sie von einem in Ziffer 2.2.1.2 Absatz 1 genannten Leistungserbringer verordnet worden sind. Arzneimittel müssen außerdem aus der Apotheke bezogen worden sein.

Beim Ersatz von Aufwendungen für Arzneimittel nach den Absätzen aa) und bb), die von einem Heilpraktiker verordnet worden sind, berücksichtigen wir den Höchstbetrag nach Ziffer 2.2.1.7 Absatz 2.

##### aa) Erstattungsfähige Aufwendungen (Grundsatz)

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Verbandmaterialien und zugelassene Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes, sofern sie zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten medizinisch notwendig sind.

##### bb) Besonderheiten bei bestimmten Nährstoffen und Nahrungsmitteln

Aufwendungen für diätetische Nährstoffe und medikamentenähnliche Nahrungsmittel sind nur unter folgenden Voraussetzungen erstattungsfähig:

- Der diätetische Nährstoff ist zwingend erforderlich, um schwere gesundheitliche Schäden, zum Beispiel bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden.
- Die →versicherte Person benötigt das medikamentenähnliche Nahrungsmittel, weil aufgrund einer medizinischen Indikation eine vollständige oder ergänzende Nahrungszufuhr über den Magen-Darm-Trakt erforderlich ist (enterale Ernährung). Medikamentenähnliche Nahrungsmittel nach Satz 2 sind Sondennahrung, Aminosäure-Mischungen, Eiweiß-Hydrolysate und Elementar-Diäten.

##### cc) Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Wenn es sich nicht um Aufwendungen für bestimmte Nährstoffe und Nahrungsmittel nach Absatz bb) handelt, gelten Nahrungsmittel, Nähr-

stoffe, Nahrungsergänzungsmittel und Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden, sowie kosmetische Präparate, nicht als Arzneimittel, auch wenn sie ärztlich oder von einem Heilpraktiker verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten.

##### d) Prozentuale Eigenbeteiligung

Pro →versicherte Person und Kalenderjahr ist bei Aufwendungen für Heilmittel, Verbandmaterialien und Arzneimittel eine Eigenbeteiligung von 10 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen, jedoch höchstens 500 Euro vereinbart.

### (2) 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.

### 2.2.1.15 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.

### c) Aufwendungen für Krankenfahrten

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.

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.

#### 2.2.1.16 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, 2.2.1.7, 2.2.1.9 bis 2.2.1.11 und 2.2.1.14) 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 bis zu den Höchstsätzen der amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

#### 2.2.1.17 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 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 Leistungen sind für das gesunde Neugeborene unmittelbar nach der Entbindung versichert?
- 2.2.2.13 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 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.

#### 2.2.2.2 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

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 Notfallein-

weisung – medizinisch notwendig ist.

bb) Akute Behandlung während des Aufenthalts  
Auf das Erfordernis unserer vorherigen →schriftlichen Leistungs-  
sage 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 Leistungs-zusage nicht, wenn das Krankenhaus nach  
Absatz a) das einzige geeignete Krankenhaus mit Versorgungsauf-  
trag 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 Tuberku-  
lose-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 Krankenhausentgelt-  
gesetz (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, ertei-  
len 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.

### **(3) Besonderheiten bei stationären Anschlussheilbehandlungen**

Wenn bei einer Weiterbehandlung, die zeitlich eng mit der voran-  
gegangenen akuten stationären Heilbehandlung der →versicherten  
Person zusammenhängt,

- der Behandlungserfolg nicht auch durch ambulante Maßnahmen erzielt werden kann und
  - eine teil- oder vollstationäre Weiterbehandlung medizinisch not-  
wendig ist (stationäre Anschlussheilbehandlung),
- leisten wir nur, wenn wir vor Beginn der Weiterbehandlung 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 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 Behand-  
lungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin über-  
wiegend anerkannt sind, sowie für

- Schröpfen,
- Akupunktur zur Schmerztherapie,
- Chirotherapie,
- 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 ange-  
fallen 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 nachsta-  
tionäre 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 bis zum  
5,0fachen Gebührensatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)  
erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendun-  
gen, die verbleiben, weil der versicherte Gebührensatz überschrit-  
ten worden ist.

##### **(2) Aufwendungen für Wahlleistung Unterkunft im Zweibett-Zimmer**

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Zweibett-Zimmer,
- einen Telefonanschluss,
- die Miete für Radio und Fernsehen sowie
- die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung.

Wenn die →versicherte Person in einem Einbett-Zimmer unterge-  
bracht war, ersetzen wir die Aufwendungen, die bei einer Unter-  
kunft im Zweibett-Zimmer angefallen wären.

##### **(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 bis zu den  
Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungs-  
fähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die  
verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden  
ist.

##### **(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 bis zu den Höchstsätzen der amtl-  
ichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger  
erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendun-  
gen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten  
worden ist.

##### **(5) Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen**

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für allgemeine Kran-  
kenhausleistungen, die nach dem Krankenhausentgeltgesetz  
(KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) berech-  
nungsfähig sind.

Hierzu zählen auch die Aufwendungen für allgemeine Kranken-  
hausleistungen 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 Begleit-  
person 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 80 Euro für jeden Tag einer medi-  
zinisch notwendigen vollstationären Heilbehandlung in einem  
Krankenhaus, das dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder  
der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) unterliegt, wie folgt:

**(1) Keine gesondert berechnungsfähige Unterkunft**

Wir zahlen 40 Euro, wenn auf die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer verzichtet wird.

Wir zahlen jedoch nur 20 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 Aufwendersersatz 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 (ohne belegärztliche Leistungen)**

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen - mit Ausnahme von belegärztlichen Leistungen (siehe dazu Absatz 2) -, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für diese gesondert berechnete ärztliche Vergütung sind bis zum 5,0fachen Gebührensatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Gebührensatz überschritten worden ist.

**(2) 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 bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

**(3) 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 bis zu den Höchstsätzen der amtlichen Gebührenordnung für Hebammen und Entbindungspfleger erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

**(4) Aufwendungen für Krankenhausleistungen**

**a) Versicherte Leistungen**

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- die Unterkunft im 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 50 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 (ohne belegärztliche Leistungen)**

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für gesondert berechnete ärztliche Leistungen - mit Ausnahme von belegärztlichen Leistungen (siehe dazu Absatz 2) -, die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnungsfähig sind.

Die Aufwendungen für diese gesondert berechnete ärztliche Vergütung sind bis zum 5,0fachen Gebührensatz der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Gebührensatz überschritten worden ist.

### (2) 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 bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

### (3) Aufwendungen für Krankenhausleistungen

#### a) Versicherte Leistungen

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- die Unterkunft,
- 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

Die Aufwendungen nach Absatz a) sind maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, den das Krankenhaus, in dem die →versicherte Person behandelt worden ist, für die günstigste Unterkunft für privat krankenversicherte Personen berechnet. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

### 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?

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.

### 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 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.

### 2.2.2.13 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 und Zahnprophylaxe?
- 2.2.3.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Inlays, 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 Voraussetzun-

gen 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.

**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 (KHEntG) 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 und Zahnprophylaxe?**

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 bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

**(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.

### 2.2.3.7 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Inlays, 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 bis zu den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstsatz überschritten worden ist.

#### (1) Aufwendungen für Inlays

Wir ersetzen 75 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.

#### (2) Aufwendungen für Zahnersatz

Wir ersetzen 75 Prozent der Aufwendungen für

- prothetische Leistungen, insbesondere Kronen, Teilkronen und Keramik-Verblendschalen (Veneers), Prothesen, Brücken und Stifzähne,
- 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.

#### (3) Aufwendungen für funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen (Gnathologie)

Wir ersetzen 75 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.

#### (4) Aufwendungen für kieferorthopädische Leistungen

Wir ersetzen 75 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 AMP100U für zahntechnische Leistungen (siehe Ziffer 2.7.2) 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 AMP100U gelten bei Aufwendungen nach Ziffern 2.2.3.6 bis 2.2.3.8 pro →versicherte Person folgende Erstattungshöchstbeträge:

- 750 Euro während der ersten 12 Monate (1. Leistungsabschnitt)
- 1.500 Euro während der ersten 24 Monate (2. Leistungsabschnitt)
- 2.250 Euro während der ersten 36 Monate (3. Leistungsabschnitt)
- 3.000 Euro während der ersten 48 Monate (4. Leistungsabschnitt)

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

### **(2) Keine Erstattungshöchstbeträge bei unfallbedingten Behandlungen**

Die Erstattungshöchstbeträge nach Absatz 1 gelten nicht für zahnärztliche 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 AMP100U wechselt, wird die Versicherungsdauer im bisherigen Tarif auf die Dauer der ab Versicherungsbeginn geltenden Erstattungshöchstbeträge im Tarif AMP100U angerechnet.

Die Leistungen, die nach bisherigen Tarifen erbracht worden sind, werden bei Aufwendungsersatz nach Tarif AMP100U 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 AMP100U 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 2.2.3.7 Absatz 1,
- Zahnersatz nach Ziffer 2.2.3.7 Absatz 2,
- funktionsanalytischen und -therapeutischen Leistungen (Gnathologie) nach Ziffer 2.2.3.7 Absatz 3,
- kieferorthopädischen Leistungen nach Ziffer 2.2.3.7 Absatz 4 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 Zweibett-Zimmer**

Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für

- die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Zweibett-Zimmer,
- einen Telefonanschluss,
- die Miete für Radio und Fernsehen sowie
- die vom Krankenhaus angebotene besondere Verpflegung.

Wenn die →versicherte Person in einem Einbett-Zimmer untergebracht war, ersetzen wir die Aufwendungen, die bei einer Unterkunft im Zweibett-Zimmer angefallen wären.

##### **(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 (BPFIV) 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 80 Euro für jeden Tag einer medizinisch notwendigen vollstationären zahnärztlichen Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) unterliegt, wie folgt:

##### **(1) Keine gesondert berechnungsfähige Unterkunft**

Wir zahlen 40 Euro, wenn auf die gesondert berechnungsfähige Unterkunft im Ein- oder Zweibett-Zimmer verzichtet wird.

Wir zahlen jedoch nur 20 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 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 50 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 Behandlung im Ausland

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.2.4.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für Behandlung im Ausland?
- 2.2.4.2 Was gilt bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland?
- 2.2.4.3 Welche Aufwendungen ersetzen wir bei Behandlungen im Ausland?
- 2.2.4.4 Welche besondere Informationspflicht müssen Sie beachten?
- 2.2.4.5 Welche Aufwendungen ersetzen wir für Rücktransporte, Überführung oder Bestattung?
- 2.2.4.6 Welche Serviceleistungen erbringen wir?
- 2.2.4.7 Müssen Wartezeiten verstrichen sein, bevor der Versicherungsschutz beginnt?

Wir bieten bei einer medizinisch notwendigen Behandlung und bei Tod im Ausland Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen.

#### 2.2.4.1 Welche Geltung hat unsere Leistungszusage für Behandlung im Ausland?

Unsere Leistungszusage nach Ziffer 2.2.4 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.

#### 2.2.4.2 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 2.2.4 während der ersten 6 Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland (6monatiger Versicherungsschutz).

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

#### (2) Zusätzliche Ausdehnungsvereinbarung

Die Dauer des Versicherungsschutzes für einen vorübergehenden Aufenthalt außerhalb Europas kann durch eine gesonderte Vereinbarung über den 6monatigen 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 6monatige Versicherungsschutz abgelaufen ist.
- Die Ausdehnungsvereinbarung soll höchstens für 5 ununterbrochene Jahre im Anschluss an den 6monatigen 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.

#### 2.2.4.3 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 2.2.4.2 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. Dabei gilt im Einzelnen Folgendes:

#### (1) Entsprechend der Leistungszusage für Behandlungen in Deutschland (Grundsatz)

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 4 b) und 2.2.3.13 Absatz 2 b) sowie
- die Höchstbeträge nach den in Ziffer 2.7 genannten Verzeichnissen.

#### (2) Besonderheiten bei Reisen zum Zweck der Behandlung in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums

Der sich nach Absatz 1 ergebende Erstattungsprozentsatz reduziert sich um 20 Prozent, wenn die →versicherte Person zum Zweck der Behandlung in einen Staat außerhalb der Europäischen Union oder des Europäischen Wirtschaftsraums reist. Das gilt nicht, wenn

- die medizinisch notwendige Behandlung in Deutschland nicht oder nur teilweise durchführbar ist oder
- wir vor Reiseantritt eine →schriftliche Zusage gegeben haben.

#### 2.2.4.4 Welche besondere Informationspflicht müssen Sie beachten?

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

### 2.2.4.5 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.

### 2.2.4.6 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 Krankentransports
- Organisation der Bestattung im Ausland oder Überführung aus dem Ausland.

### 2.2.4.7 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.

## 2.2.5 Leistungen für Organtransplantationen

Wir bieten bei Organtransplantationen Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen.

### 2.2.5.1 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 Ziffer 2.2.4.

##### 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 Ziffer 2.2.4) 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 Ziffer 2.2.4, gilt Folgendes:

Für die in Absatz aa) genannten Leistungen ist statt der tariflichen Leistungszusage nach Ziffern 2.2.1 und 2.2.2 sowie Ziffer 2.2.4 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) Verdienstaufschlag des Organspenders (Grundsatz)

Wenn der Organspender infolge der Organ- oder Gewebeentnahme arbeitsunfähig ist und insoweit einen Verdienstaufschlag hat, ersetzen wir ihm den uns nachgewiesenen tatsächlichen Verdienstaufschlag. Als Verdienstaufschlag gilt das aus der beruflichen Tätigkeit erzielte Netto-Einkommen des Organspenders.

Zusätzlich zahlen wir für die Zeit des Verdienstaufschlags eine Entschädigung in Höhe der für den Organspender zu zahlenden nachgewiesenen Beiträge für

- die gesetzliche Krankenversicherung und soziale Pflegepflichtversicherung 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.

#### **2.2.5.2 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.

#### **2.2.6 Pflege-Pauschale**

Wir bieten bei Pflegebedürftigkeit Versicherungsschutz nach den folgenden Regelungen.

#### **2.2.6.1 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 zur Pflegestufe II nach § 15 Absatz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nachgewiesen worden ist.

#### **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 Vorsorge-Pauschale**

Inhalt dieses Abschnitts:

##### **2.2.7.1 Welche Vorsorge-Pauschale ist vereinbart?**

##### **2.2.7.2 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir die Vorsorge-Pauschale?**

##### **2.2.7.3 Wann wird die Vorsorge-Pauschale ausgezahlt?**

##### **2.2.7.1 Welche Vorsorge-Pauschale ist vereinbart?**

Anstelle des Aufwendungsersatzes nach diesem Tarif zahlen wir eine Pauschale für die im Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale des Tarifs AMP100U (siehe Ziffer 2.7.3) aufgeführten Vorsorge-Untersuchungen (Vorsorge-Pauschale).

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

##### **2.2.7.2 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir die Vorsorge-Pauschale?**

Wir zahlen die Vorsorge-Pauschale nach Ziffer 2.2.7.1, 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 AMP100U (siehe Ziffer 2.7.3) 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 AMP100U versicherten Personen mit Anspruch auf Zahlung der Vorsorge-Pauschale auf die Voraussetzung nach Satz 1 verzichten.

##### **2.2.7.3 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 2.2.7.2 Absatz 4 verzichten, können wir die Vorsorge-Pauschale vor dem 30. Juni des Folgejahrs auszahlen.

#### **2.2.8 Vermittlung von Spezialisten**

Inhalt dieses Abschnitts:

##### **2.2.8.1 Was sind Spezialisten im vertraglichen Sinne?**

##### **2.2.8.2 Wann wird ein Termin bei einem Spezialisten vermittelt?**

##### **2.2.8.3 Wann gilt die Vermittlung als erfüllt?**

##### **2.2.8.1 Was sind Spezialisten im vertraglichen Sinne?**

Spezialisten im vertraglichen Sinne sind

- in Deutschland tätige Ärzte,
- die bezüglich der im Diagnose- und Therapieverzeichnis des Tarifs AMP100U (siehe Ziffer 2.7.4) 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.

### 2.2.8.2 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 AMP100U (siehe Ziffer 2.7.4) 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.

### 2.2.8.3 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 AMP100U (siehe Ziffer 2.7.4) der Diagnose zugeordnete Therapie erbringt. In diesem Fall besteht die Spezialistenleistung in der endgültigen Festlegung der aus Sicht des Spezialisten erforderlichen Therapie.

### 2.2.9 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 Entziehungsmaßnahmen?

### 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 objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets verhindert ist.

Terroristische Anschläge gehören nicht zu den Kriegsereignissen nach Satz 1.

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

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

d) wenn die Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker, 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 Versicherungsfalles 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.

h) für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitations-träger.

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 Entziehungsmaßnahmen?

#### (1) Zusageerfordernis

Wir leisten nicht für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren. Wir leisten dennoch für eine Entziehungsmaßnahme, soweit wir unsere Leistungen vor Behandlungsbeginn →schriftlich zugesagt haben.

Für die Erteilung unserer Zusage müssen mindestens folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Keine Nikotinsucht  
Die →versicherte Person ist süchtig – mit Ausnahme von Nikotinsucht.
- Höchstens insgesamt 3 Entziehungsmaßnahmen in der Vertragslaufzeit  
Wir haben für die versicherte Person während der gesamten bei uns zurückgelegten Versicherungszeit Aufwendungsersatz für höchstens 2 Entziehungsmaßnahmen erbracht. Das bedeutet, dass wir Versicherungsschutz höchstens für insgesamt 3 Entzie-

Maßnahmen bieten. Das gilt unabhängig davon, ob die Entziehungsmaßnahmen ambulant oder stationär durchgeführt werden.

Außerdem können wir unsere Zusage von der Begutachtung über die Erfolgsaussicht der Entziehungsmaßnahme durch einen von uns beauftragten Arzt abhängig machen.

Der Umfang unserer vorherigen Leistungszusage hängt darüber hinaus davon ab, ob es sich um die erste Entziehungsmaßnahme oder um die zweite und dritte Entziehungsmaßnahme handelt (siehe Absatz 2).

## (2) Umfang unserer Leistungspflicht

### a) Aufwändungsersatz für Entziehungsmaßnahmen

Soweit wir unsere Leistungen zuvor →schriftlich zugesagt haben, ersetzen wir pro →versicherte Person

- 100 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für die erste Entziehungsmaßnahme.
- 70 Prozent der erstattungsfähigen Aufwendungen für die zweite und dritte Entziehungsmaßnahme.

Erstattungsfähig sind die folgenden Aufwendungen:

#### aa) Ambulante Entziehungsmaßnahme

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

#### bb) Stationäre Entziehungsmaßnahme

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

1. Entziehung in Krankenhäusern mit Versorgungsvertrag  
Wenn die Entziehungsmaßnahme 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. Entziehung in Krankenhäusern ohne Versorgungsvertrag  
Wenn die Entziehungsmaßnahme 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),
  - den amtlichen Gebührenordnungen für Hebammen und Entbindungspfleger und
  - dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH)
- 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 2.2.4) 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?**

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 AMP100U.

### 2.4.2 Wird eine erneute Gesundheitsprüfung durchgeführt?

Bei der Umstellung des Versicherungsschutzes werden die aus dem Vertrag erworbenen Rechte der →versicherten Person 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 AMP100U 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?

Sie können die Umstellung des Versicherungsschutzes nach Ziffer 2.4.1 nur gleichzeitig mit der Kündigung der →substitutiven Krankheitskosten-Versicherung für die →versicherte Person nach Ziffer 1.9.3 Absätze 1 und 3 der Allgemeinen Regelungen zum Baustein beantragen.

## 2.5 Erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung

### Welche erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung ist vereinbart?

#### (1) Höhe der Auszahlung

Wir zahlen ab dem ersten Versicherungsjahr eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung. Diese beträgt jährlich 15 Prozent des von Ihnen

- für das jeweilige Versicherungsjahr
- für den Tarif AMP100U

ohne gesetzlichen Beitragszuschlag gezahlten Beitrags. Die Anwartschaftsversicherung nimmt an der Beitragsrückerstattung jedoch nicht teil.

#### (2) Voraussetzungen der Auszahlung

Der Anspruch nach Absatz 1 setzt voraus, dass für die →versicherte Person

- für das gesamte abgelaufene Versicherungsjahr von uns keine Leistungen mit Ausnahme der Vorsorgepauschale nach Ziffer 2.2.7 bezogen worden sind, und
- am 30. Juni des Folgejahrs bei uns noch eine →substitutive Krankheitskosten-Versicherung ohne Beitragsrückstand besteht. Wir zahlen die vereinbarte erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung 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.

#### (3) Fälligkeit der Auszahlung

Wir zahlen die vereinbarte erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung nach dem 30. Juni des Folgejahrs aus.

## 2.6 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 können Sie unter folgenden Bedingungen einen höheren oder umfassenderen Versicherungsschutz wählen:

Wenn für den bei uns versicherten Elternteil am Tag der Geburt des zu versichernden Kindes der Tarif AMP100U abgeschlossen ist, können Sie für die Versicherung des Neugeborenen den Abschluss eines leistungsstärkeren Tarifs der Tarif-Serie AktiMed im Absicherungsniveau „Plus“ verlangen. Zum Absicherungsniveau „Plus“ gehören alle Krankheitskosten-Tarife der →Produktgruppe UNI mit der Bezeichnung „AktiMed Plus“.

Satz 2 gilt jedoch nicht, wenn für den Tarif, der für die Versicherung des Neugeborenen gewählt wird, Annahmevergünstigungen gelten. Annahmevergünstigungen können insbesondere in den Besonderen Regelungen zum Gruppenversicherungs- oder zum Kollektivvertrag enthalten sein.

## 2.7 Anlagen

Inhalt dieses Abschnitts:

- 2.7.1 **Heilmittelverzeichnis des Tarifs AMP100U**
- 2.7.2 **Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs AMP100U**
- 2.7.3 **Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale des Tarifs AMP100U**
- 2.7.4 **Diagnose- und Therapieverzeichnis für Vermittlungsleistungen des Tarifs AMP100U**

### 2.7.1 Heilmittelverzeichnis des Tarifs AMP100U

#### 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) bb) 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

Krankengymnastische Behandlung (auch auf neurophysiologischer Grundlage, Atemtherapie) als Einzelbehandlung - einschließlich der erforderlichen Massage

Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei nach Abschluss der Hirnreife erworbenen zentralen Bewegungsstörungen als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten

Krankengymnastische Behandlung auf neurophysiologischer Grundlage bei angeborenen oder bis zum 14. Geburtstag erworbenen zentralen Bewegungsstörungen 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 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, Perlsches Gerät, Schlingentisch)

##### - Massagen

Massagen einzelner oder mehrerer Körperteile, auch Spezialmassagen (Bindegewebs-, Segment-, Periost-, 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

##### - 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 Peloid ohne Verwendung von Folie oder Flies zwischen Haut und Peloid als Teil-Packung

- bei Anwendung einmal verwendbarer natürlicher Peloid 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 Peloid 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

Abkatschung, 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

<b>- Kälte- und Wärmebehandlung</b>
Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Komresse, Eisbeutel, direkte Abreibung)
Eisanwendung, Kältebehandlung (zum Beispiel Kaltgas, Kaltluft) großer Gelenke
Eisteilbad
Heißluftbehandlung oder Wärmeanwendung (Glühlicht, Strahler - auch Infrarot -) eines oder mehrerer Körperteile
<b>- Elektrotherapie</b>
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, diodynamischer 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
<b>- Lichttherapie</b>
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
<b>- Ergotherapie</b>
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
Hirnleistungstraining als Einzelbehandlung, mindestens 30 Minuten
Gruppenbehandlung
- mindestens 45 Minuten, je Teilnehmer
- bei psychischen Störungen, mindestens 90 Minuten, je Teilnehmer
<b>- Logopädie</b>
Erstgespräch mit Behandlungsplanung und -besprechungen, einmal je Behandlungsfall
Standardisierte Verfahren zur Behandlungsplanung einschließlich Auswertung, nur auf spezielle ärztliche Verordnung bei Verdacht auf zentrale Sprachstörungen, einmal je Behandlungsfall
Ausführlicher Bericht
Einzelbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen,
- mindestens 30 Minuten
- mindestens 45 Minuten
- mindestens 60 Minuten
Gruppenbehandlung bei Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen mit Beratung des Patienten und gegebenenfalls der Eltern, je Teilnehmer
- Kindergruppe, mindestens 30 Minuten
- Erwachsenengruppe, mindestens 45 Minuten
<b>- Podologie</b>
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)

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

**- 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

**2.7.2 Preis- und Leistungsverzeichnis für zahntechnische Leistungen des Tarifs AMP100U**

**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 repositionieren und aufschrauben, je Implantatpfosten	16,30
Abutment individuell, inkl. bearbeiten	54,60
Aufbiss-Schiene/Knirscher-Schiene/Bissführungsplatte/Okklusionsschiene	182,00
Aufstellen/Umstellen Grundeinheit	35,10
Aufstellen je Zahneinheit	9,00
Aufwand bei Suprastruktur auf Implantat	54,60
Auswerten eines Registrats	7,80
Basis aus Kunststoff/Basis tiefgezogen	31,20
Basis unterfüttern	85,80
Basisteil unterfüttern	49,40
Basis erneuern	104,00
Bisswall aus Wachs	13,00
Bohrschablone	201,40
Brückenglied aus Keramik	118,30
Brückenglied gegossen, auch für Keramik- oder Kunststoffverblendung	70,20
Deckgold aufbrennen, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 – 23/33 – 43)	10,40
Diagnostisches Aufstellen/Diagnostisches Modellieren, je Zahn	16,90
Dublieren Einzelstumpf/Modell oder Modellteil	10,40
Einarmige Klammer/Inlayklammer/Interdentalklammer/Knopfklammer/Approximalklammer/Auflage/Bonyhardklammer ohne Auflage/ Kralle	15,60
Erweitern einer Prothese, Kunststoffbasis, Metallbasis, Aufbiss-Schiene Grundeinheit	45,50
Fertigstellen Grundeinheit	78,00
Fertigstellen je Zahneinheit	5,90
Formteil für provisorische Versorgung, je Kieferhälfte	41,60
Friktionsstift inkl. Bohrung und Fräsung	20,80
Gebogene Retention, je Retention	13,00

Gegossene Retention (je Retention), Anker für Klebebrücke	32,50
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - einflächig	78,00
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - zweiflächig	88,40
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - dreiflächig	102,70
Guss-Inlay/Galvano-Inlay (ohne Verblendung) - mehrflächig	109,20
Guss-Onlay/Guss-Teilkrone	101,40
Hilfsteil in Abdruck/an Basis (z. B. Röntgenkugel, Bohrhülse)	11,10
Implantatgleichskrone gegossenen	72,20
Individuell charakterisieren, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 – 23/33 – 43)	19,50
Individueller Löffel/Funktionslöffel	37,70
Individuelles Geschiebe	153,40
Instandsetzung einer Prothese, Kunststoffbasis, Metallbasis, Aufbiss-Schiene Grundeinheit	45,50
Kaufläche nach gnathologischen Kriterien gestaltet	35,10
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik-Inlay - einflächig	162,50
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik-Inlay - zweiflächig	175,50
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik-Inlay - dreiflächig	195,00
Keramik-Inlay/Presskeramik-Inlay/Glaskeramik-Inlay - mehrflächig	195,00
Keramik-Krone/Presskeramik-Krone/Glaskeramik-Krone	169,00
Keramik-Teilkrone/Presskeramik-Teilkrone/Glaskeramik-Teilkrone/Keramik-Teilonlay/Presskeramik-Onlay/Glaskeramik-Onlay	192,40
Keramik-Verblendschale/Keramik-Veneer	192,40
Keramik-Verblendung	99,20
Konfektionsabutment, inkl. bearbeiten oder ergänzen	22,60
Konfektionsgeschiebe	111,80
Krone, Brückenglied, Inlay aufpassen, auf Kontrollmodell	10,40
Krone gegossen/Krone für Verblendung/Wurzelkappe/Galvano-Krone	94,90
Kronen- oder Brückengliedreparatur	44,20
Kunststoff-Inlay/Kunststoff-Onlay	65,00
Kunststoff-Krone	83,20
Kunststoff-Verblendung	71,50
Leistungseinheit Sprung, Bruch aus Metall	28,60
Leistungseinheit Sprung, Bruch, Wiederbefestigung eines Zahns, Basisteil aus Kunststoff	10,40
Leistungseinheit, Erneuerung Zahn/Klammer einarbeiten	13,00
Leistungseinheit, Kunststoffsaattel lösen und wiederbefestigen	19,50
Lötfreie Verbindung	11,70
Lötung/Schweißverbindung	18,20
Mehraufwand für Einstellen nach Zentrik-Registrierung	10,40
Meso-/Mesiostruktur auf Implantat	72,20
Mess-Schablone/Implantat-/Kontroll-Schablone	41,60
Metallarmierung für provisorische Versorgung/Retention	44,20
Metallbasis - Oberkiefer, Unterkiefer	126,10
Miniplastschiene	78,00
Modell	15,60
Modell oder Zahnkranz bearbeiten	3,90
Modell untersockeln	9,10
Modell vermessen	7,20
Modellimplantat repositionieren	11,10
Modellmontage in Artikulator	16,90
Modellpaar sockeln, dreidimensional	42,90
Modellpaar trimmen, okklusionsbezogen	20,80
Montage eines Gegenkiefermodells	10,40
Neuadjustieren/Umarbeiten einer vorhandenen Schiene oder Prothese	107,90

Provisorische Krone, Brückenglied, Stiftzahn, Onlay, Inlay, Teilkrone	52,00
Radiieren nach System	6,50
Registrierhilfen/Registrierung/Zentrikplatte/ Bissplatte	31,20
Remontage Prothetik (Einartikulieren und Einschleifen)	66,30
Remontage-Modell	32,50
Reponieren eines Stumpfes	4,90
Riegel	222,30
Rillen-Schulter-Geschiebe	155,40
Rohbrandeinprobe, je Zahneinheit	10,40
Rückenschutzplatte/Zahn oder Kaufläche zahnfarben hergestellt oder aus Metall	52,00
Schubverteilungsarm	97,50
Schulter aus Keramik/Glas, nur im Frontzahnbereich (Zahn 13 – 23/33 – 43)	28,60
Selektives Einschleifen	40,30
SET-UP/WAX-UP je Zahn	13,00
Silikonschlüssel	4,60
Sonderausführungen Prothesenbasis (Sonderkunststoffe verarbeiten, Gitter/Bügel einarbeiten)	54,60
Spezialmodell	42,90
Split-Cast Sockel an Modell	19,50
Steg, Grundeinheit	49,40
Steg, Längeneinheit	10,40
Steggeschiebe	152,60
Stiftaufbau	50,70
Stumpf einschließlich aller stumpfvorbereitender Maßnahmen und Dowelpin	22,20
Stumpf scannen, digitieren, digitalisieren	75,10
Stumpfmodell/Sägmodell	16,90
Teleskop-Krone/Konus-Krone	265,50
Übertragen einer Wachsaufstellung auf Metallbasis	5,20
Übertragungskappe	44,20
Umlaufende Fräsung	14,30
Umstellen je Zahneinheit	7,70
Unterfütterbarer Abschlussrand	15,60
Versandkosten in nachgewiesener Höhe	
Verschraubung/Verbolzung	58,50
Wurzel-/Sattelpontic, je Zahneinheit	39,00
Wurzelstift gegossen	44,20
Zahn diagnostisch beschleifen oder radieren	6,50
Zahn zahnfarben hinterlegen, je Zahn	8,50
Zahnfarbenbestimmung insgesamt	26,00
Zahnfleisch je Zahneinheit	54,60
Zahnfleischmaske, abnehmbar - je Kieferhälfte/Frontzahnbereich	23,40
Zahnkranz ausgießen	13,00
Zuschlag für Arbeiten unter Stereomikroskop, je Zahneinheit	32,50
Zweiarmlige Klammer/Bonwill-Klammer/Bonyhard-Klammer mit Auflage/J-Klammer/Überwurf-Klammer	26,00
Zweitstumpf aus Kunststoff inkl. Übertragung ins Arbeitsmodell	18,20
<b>- Kieferorthopädie</b>	
Adamsklammer	20,80
Aufbiss-Kappe aus Kunststoff, je Zahn	32,50
Aufbiss-Kappe aus Metall, je Zahn	62,40
Außenbogen individuell, auch Lipbumper, je Kiefer	71,50
Basis für Einzelkiefergerät	84,50
Basis für Funktions-Kiefer-Orthopädisches Gerät (FKO-Gerät)	149,50
Basis für schiefe Ebene aus Kunststoff	62,40
Basis für schiefe Ebene aus Metall	101,40
Coffin-Feder	39,00
Doppelbogen-Klammer	20,80
Doppelplatten-Führungssporn/-Steg	45,50
Dorn	13,00
Dreiecksklammer	13,00
Druckfeder, Zugfeder	19,50
Facebow anpassen	16,90

Feder	18,20
Funktions-Kiefer-Orthopädisches Gerät (FKO-Gerät), voreinschleifen	26,00
Frontaler oder lateraler Aufbiss, hart je Kieferhälfte/Frontzahnggebiet	20,80
Frontaler oder lateraler Aufbiss, weich je Kieferhälfte/Frontzahnggebiet	49,40
Funktionsfähig machen einer Schraube ohne Trennen der Basis	10,40
Grundbogen Oberkiefer oder Unterkiefer	39,00
Grundeinheit Instandsetzung KFO-Basis/-Gerät	39,00
Häkchen	13,00
Haltesporn	13,00
Headgear individuell, je Kiefer	72,20
Interokklusal-Stop	10,40
KFO Platte, voreinschleifen	10,40
Kinnkappe mit Retentionshaken	97,50
Kunststoffschild	36,40
Labialbogen, auch modifiziert oder intermaxillär, je Kiefer	40,30
Lingualbogen, je Kiefer	39,00
Lingualer Frontalbogen	26,00
Lückenhalter	23,40
Montage eines Modellaars in Fixator	13,00
Palatinalbogen	49,40
Pelotte, je Kieferhälfte	36,40
Positioner	182,00
Protrusionsbogen, je Kiefer	26,00
Retentionsschiene	84,50
Schiefe Ebene aus Metall oder Kunststoff, je Zahneinheit	32,50
Schraube einarbeiten	41,60
Spezialschraube (Einzelzahn- Sektoren-, asymmetrischen Bewegung)	31,20
Spezialschraube zur Metallverbindung	41,60
Spike	9,10
Sporn aktiv, Rücklaufsporn, Führungssporn	15,60
Stop	18,20
Trennen einer Basis	19,50
U-Bügel, Federbügel	45,50
Verarbeiten eines Schlosses oder eines Röhrchens	18,20
Vorbiss oder Rückbiss	23,40
Vorhofplatte	130,00
Zugfeder	19,50
Zungengitter, je Kieferhälfte/Frontzahnggebiet	28,60

### 2.7.3 Verzeichnis zur Vorsorge-Pauschale des Tarifs AMP100U

#### 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
<b>Vorsorgeuntersuchungen für Männer</b>		
Gesundheitsuntersuchung für Männer - Mindestalter: 35 Jahre	einmal innerhalb von 2 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	75,00
Krebsvorsorge für Männer - Mindestalter: 45 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	40,00
Darmspiegelung für Männer - Mindestalter: 55 Jahre	einmal innerhalb von 10 aufeinander folgenden Versicherungsjahren	270,00

### Vorsorgeuntersuchungen für Frauen

Krebsvorsorge für Frauen - Mindestalter: 21 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	60,00
Krebsvorsorge für Frauen - Mindestalter: 50 Jahre	einmal pro Versicherungsjahr	70,00
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

### 2.7.4 Diagnose- und Therapieverzeichnis für Vermittlungsleistungen des Tarifs AMP100U

#### 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
<b>- Nicht-maligne Erkrankungen</b>		
<b>Erkrankungen des Gefäßsystems</b>		
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
<b>Erkrankungen des Herzens</b>		
Herzklappen-Erkrankungen	Herzklappen-Erkrankungen	Herzklappen-Operation
Stenosen der Koronargefäße	Verengung oder Verschluss von Herzkranzgefäßen	Koronare Bypass-Operation
<b>Erkrankungen des Bewegungsapparats</b>		
Arthropathien (Hüfte, Knie)	Erkrankungen des Hüft- und Kniegelenks	Einsatz eines künstlichen Gelenks
Bandscheibenprolaps	Bandscheibenvorfall	Operation
<b>Erkrankungen des Nervensystems</b>		
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 Urethra- karzinom)	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
Intraspinaler 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 erst wirksam, wenn Sie uns innerhalb der Kündigungsfrist nachweisen, dass die versicherte Person bei dem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

##### (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) Schriftformerfordernis

Die 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.

### 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, Fax, E-Mail) zur Zahlung aufgefordert haben.

##### (4) 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.

##### (5) 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, Fax, 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, Fax, 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 nach-

zahlen. Die Monatsfrist beginnt mit der Kündigung oder, wenn die Kündigung 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) 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.
- In unserer Mahnung weisen wir Sie auf das mögliche Ruhen der Versicherungsleistungen hin.
- Für jeden angefangenen Monat des Rückstands sind ein Säumniszuschlag von einem Prozent des Beitragsrückstands sowie Mahnkosten zu zahlen.

### (2) Beginn des Ruhens der Versicherungsleistungen

Wir stellen Ihnen gegenüber das Ruhen der Versicherungsleistungen fest, wenn der Zahlungsrückstand 2 Wochen nach Zugang unserer Mahnung noch höher ist als der Beitragsanteil für einen Monat.

Das Ruhen beginnt am vierten Tag, der auf den Zugang der Feststellung bei Ihnen folgt. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits in der Mahnung auf diese Folge hingewiesen haben.

### (3) Haftung während der Ruhenszeit

Während der Ruhenszeit haften wir ausschließlich für versicherte Aufwendungen, die

- zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.

Unser Aufwendungsersatz beschränkt sich nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen.

### (4) Ende des Ruhens der Versicherungsleistungen

Das Ruhen der Versicherungsleistungen endet,

- wenn Sie alle rückständigen und die auf die Zeit des Ruhens entfallenden Beitragsanteile gezahlt haben oder
- wenn Sie hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) werden oder
- für die versicherte Person, wenn diese hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB II oder SGB XII) 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 im Basistarif

Die Versicherung wird im Basistarif gemäß § 12 Absatz 1a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) fortgesetzt, wenn Sie die ausstehenden

- Beitragsanteile,
  - Säumniszuschläge und
  - Beitreibungskosten
- nicht vollständig innerhalb eines Jahres nach Beginn des Ruhens bezahlt haben.

Wenn das Ruhen der Versicherungsleistungen noch nicht geendet hat, haften wir auch im Basistarif gemäß § 12 Absatz 1a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) ausschließlich für Aufwendungen, die

- zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie
- bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind.

Unser Aufwendungsersatz beschränkt sich außerdem nach Grund und Höhe auf ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen.

### 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 Versicherungsfalles, 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, Fax, 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. 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.

## 5. 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, Fax, E-Mail) zugeht.

## 6. 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, Fax 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, personen-gebundene 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.