

Verbraucherinformationen

Zu den unterbreiteten Vorschlägen für den gewünschten Versicherungsschutz erhalten Sie die nachfolgend aufgeführten Verbraucherinformationen:

- Insurance Product Information Document für die Krankheitskostenvollversicherung
- Gesetzliche Kundeninformation gemäß § 7 Abs. 2 VVG (Krankenversicherung)
- Informationen zur Verwendung Ihrer Daten (0.024/11.23)
- Widerrufserklärung Vollversicherung (0.157a/01.22)
- Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 146a Abs. 1 Nr. 6 VAG (1.004/05.16)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Vollversicherung (1.567/01.22)
- Versicherungsbedingungen für die AM1x-Reihe (1.567b/01.24)
- Versicherungsbedingungen für den Tarif S1 (1.567e/01.19)
- Versicherungsbedingungen für den Tarif Z9 (1.567i/01.19)
- Besondere Bedingungen AWV Schüler und Studierende (1.583/03.24)

Private Krankenversicherung Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

Deutschland

Tarife
S1(AWV),AM13(AWV),Z9(AWV)

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz in den Tarifen S1(AWV), AM13 (AWV), Z9(AWV). Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (1.567/01.22), dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Anwartschaftsversicherung für eine private Krankheitskostenvollversicherung, die den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Krankenversicherungsschutz ersetzt und die gesetzliche Pflicht zur Versicherung erfüllt. Sie sichert Sie gegen das Krankheitskostenrisiko ab. Solange die Versicherung in Anwartschaft steht, besteht kein Leistungsanspruch.



Was ist versichert?

- ✓ Aufwendungen für ambulante Behandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker
- ✓ Aufwendungen für Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel, Hilfsmittel und Vorsorgeuntersuchungen
Den genauen Leistungsumfang des Tarifs AM13 finden Sie in der Tarifbeschreibung (1.567b/01.24).
- ✓ Aufwendungen für Zahnbehandlung und Kieferorthopädie. Zahnbehandlungen, wie zum Beispiel allgemeine zahnärztliche Leistungen, Maßnahmen zur Prophylaxe, Füllungen und Inlays
- ✓ Aufwendungen für Zahnersatz, wie zum Beispiel Brücken, Kronen oder Implantate
Den genauen Leistungsumfang des Tarifs Z9 finden Sie in der Tarifbeschreibung (1.567i/01.19)
- ✓ Aufwendungen für die stationäre Behandlung im Einbettzimmer mit privatärztlicher Behandlung einschließlich der Kosten für Belegärzte.
- ✓ Aufwendungen für die stationäre Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation.
- ✓ Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Rücktransport bei Auslandsreisen, sowie Aufwendungen für eine Bergung oder Überführung im Todesfall.
Den genauen Leistungsumfang des Tarifs S1 finden Sie in der Tarifbeschreibung (1.567e/01.19)

- ✓ Der gesetzlich vorgeschriebene Vorsorgebeitrag (Tarif VT) dient zur Beitragsversteigerung ab Alter 65.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Ambulante und stationäre Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind.
- ✗ Aufwendungen für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle, einschließlich deren Folgen.
- ✗ Aufwendungen für Behandlungen durch Ehegatten, Eltern oder Kinder.
- ✗ Aufwendungen für Heilbehandlungen, soweit diese in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen.
Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen 2017 für die KrankheitskostenVollversicherung Teil I, IIa, IIz und IIs (1.567/01.22).

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- Die Höhe der Versicherungsleistung hängt davon ab, welchen Tarif Sie gewählt haben und welche Selbstbeteiligung vereinbart wurde.

- Beachten Sie die Verpflichtungen sorgfältig, da diese für die Durchführung des Versicherungsverhältnisses von großer Bedeutung sind. Ihre Nichtbeachtung kann deshalb auch schwerwiegende Konsequenzen für Sie haben. Sie können Ihren Versicherungsschutz teilweise oder sogar ganz verlieren oder wir können berechtigt sein, uns vom Vertrag zu lösen.

Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen weltweit.
- ✓ Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen Staat außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums kann das Versicherungsverhältnis unter bestimmten Voraussetzungen fortgesetzt werden. Weitere Informationen hierzu finden Sie im Allgemeinen Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Vollversicherung (1.567/01.22).

Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt. Die weiteren Beitragsraten sind dann am Ersten eines jeden Monats fällig. Näheres finden Sie im Teil I des Allgemeinen Teils, insbesondere unter Punkt B (1.567/01.22).

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie im Antragsformular alle Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig angeben. Informationen hierzu finden Sie in der dem Versicherungsantrag vorangestellten Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz.
- Der Abschluss einer weiteren Krankenversicherung bei einem anderen Versicherer ist uns unverzüglich anzuzeigen. Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit unserer Einwilligung abgeschlossen werden. Informationen hierzu finden Sie unter C im Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Vollversicherung (1.567/01.22).
- Sie haben uns auf unser Verlangen jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist. Auf unser Verlangen ist jede versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen. Sie hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind. Informationen hierzu finden Sie unter C im Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Vollversicherung (1.567/01.22).

Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und - soweit tariflich vorgesehen - dem Ablauf der Wartezeiten.
- Der Versicherungsvertrag wird für die Dauer von einem Versicherungsjahr abgeschlossen und verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, wenn er nicht fristgemäß gekündigt wird. Als Versicherungsjahr gilt die Zeit vom 01.07. eines Jahres bis zum 30.06. des Folgejahres. Als erstes Versicherungsjahr gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30.06.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können die Krankenversicherung mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres ordentlich kündigen. Die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. verzichtet auf ihr ordentliches Kündigungsrecht.

- Wird eine versicherte Person krankenversicherungspflichtig oder entsteht Anspruch auf Familienversicherung oder Heilfürsorge, können Sie binnen drei Monaten nach Eintritt einer dieser Sachverhalte das Versicherungsverhältnis oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen.
- Hat eine Vereinbarung zur Folge, dass ab einem bestimmten Alter der Beitrag erhöht wird, auch z.B. durch die erstmalige Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung, haben Sie in Bezug auf das betroffene Versicherungsverhältnis binnen zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin ein Kündigungsrecht zum Eintritt der Erhöhung.
- Erhöht die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel können Sie das betroffene Versicherungsverhältnis bis und zum Zeitpunkt der Erhöhung kündigen. Die dargestellten wesentlichsten Bestimmungen Ihrer Kündigungsrechte finden Sie unter D Nr.3 im Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Vollversicherung. (1.567/01.22), die Bestimmung über den Kündigungsverzicht der Süddeutschen Krankenversicherung a. G. unter D Nr.4.

Gesetzliche Kundeninformation gemäß § 7 Abs. 2 VVG (Krankenversicherung)

Identität des Versicherers und ladungsfähige Anschrift

Ihr Vertragspartner ist die Süddeutsche Krankenversicherung a. G., Raiffeisenplatz 11, 70736 Fellbach. Die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, eingetragen im Handelsregister beim Amtsgericht Stuttgart HRB 263277. Dem Vorstand gehören an: Dr. Ulrich Mitzlaff (Sprecher des Vorstands), Olaf Engemann, Ralf Oestereich, Dr. Gerd Sautter. Aufsichtsratsvorsitzender: Prof. Dr. Urban Bacher. Sitz der Gesellschaft: Fellbach.

Weitere Betriebsstätten

Landesdirektion Baden/Pfalz	Landesdirektion Bayern
Rehlingstr. 13	Hery Park 3000
79100 Freiburg	86368 Gersthofen

Hauptgeschäftstätigkeit / Aufsichtsbehörde

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Süddeutschen Krankenversicherung a. G. ist der Betrieb der privaten Krankenversicherung und der privaten Pflegepflichtversicherung.

Versicherungsunternehmen unterliegen der staatlichen Aufsicht durch die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn. Bei Meinungsverschiedenheiten können Sie sich schriftlich – auch per E-Mail: poststelle@bafin.de – an diese Aufsichtsbehörde wenden.

Sicherungsfonds

Die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. gehört dem aufsichtsrechtlich vorgeschriebenen Sicherungsfonds an, der zum Schutz der Ansprüche unserer Versicherungsnehmer und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient. Anschrift: Medicator AG, Bayenthalgürtel 26, 50968 Köln

Satzung der Süddeutschen Krankenversicherung

Bei Abschluss der Versicherung werden Sie Mitglied der Süddeutschen Krankenversicherung a.G. Die Satzung des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit finden Sie auf der Website der SDK: www.sdk.de/werte.

Satzung der Süddeutschen Allgemeine a.G.

Bei Abschluss der Versicherung werden Sie Mitglied der Süddeutschen Allgemeine a.G. Die Satzung des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit finden Sie auf der Website der SDK: www.sdk.de/werte.

Allgemeine Versicherungsbedingungen / wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Für den Versicherungsvertrag gelten die folgenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen:

- Informationen zur Verwendung Ihrer Daten (0.024/11.23)
- Widerrufserklärung Vollversicherung (0.157a/01.22)
- Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht gemäß § 146a Abs. 1 Nr. 6 VAG (1.004/05.16)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Vollversicherung (1.567/01.22)
- Versicherungsbedingungen für die AM1x-Reihe (1.567b/01.24)

- Versicherungsbedingungen für den Tarif S1 (1.567e/01.19)
- Versicherungsbedingungen für den Tarif Z9 (1.567i/01.19)
- Besondere Bedingungen AWW Schüler und Studierende (1.583/03.24)

Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall:

- in der Krankheitskostenversicherung im tariflichen Umfang Ersatz von Aufwendungen für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen
- in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld

Eine ausführliche Leistungsbeschreibung beinhaltet der Tarif mit den Tarifbedingungen. Bitte beachten Sie hierzu auch die Ausführungen unter "Was ist versichert?" im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten.

Der Versicherer ist bei erstattungsfähigen Versicherungsfällen zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind.

Beitragszahlung / Gesamtpreis

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der zu versichernden Person(en) und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.

Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu dessen Zeitpunkt.

Kosten

Tarife S1(AWV), AM13(AWV), Z9(AWV)

Der Ausweis von Kosten ist für diese Tarife gesetzlich nicht vorgesehen.

Unter "Wann und wie zahle ich?" im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten finden Sie weitere Hinweise zu den rechtlichen Grundlagen für die Beitragszahlung.

Gültigkeitsdauer unserer Vorschläge

Die Beitragsberechnung für die unterbreiteten Vorschläge basiert auf dem angegebenen Versicherungsbeginn. Ändert sich das Jahr des Versicherungsbeginns erhöht sich das rechnungsmäßige Eintrittsalter (= Jahr des Versicherungsbeginns minus Geburtsjahr der zu versichernden Person(en)). Das führt im Allgemeinen zu einem höheren Beitrag.

Die Notwendigkeit wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung sowie bei Änderung gesetzlicher Vorschriften die Beiträge neu kalkulieren zu müssen, kann ebenfalls – soweit die bedingungsgemäßen Voraussetzungen erfüllt sind – zu einer Änderung der Beiträge oder der tariflichen Selbstbehalte führen.

Zustandekommen des Vertrages / Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt mit der Annahme des Versicherungsantrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) zustande.

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt.

Vertragsdauer / Kündigung

Der Versicherungsvertrag wird im Allgemeinen für die Dauer von einem Versicherungsjahr geschlossen. Eine Ausnahme bilden die Tarife, für welche die MB/KK 2009 (1.522) gelten, für die eine Mindestvertragsdauer von zwei Versicherungsjahren vorgesehen ist.

Das Versicherungsverhältnis kann von Ihnen im Rahmen einer ordentlichen Kündigung mit einer Frist von drei Monaten nach Ablauf der Mindestvertragsdauer zum Ende des Versicherungsjahres gekündigt werden.

Das Recht für eine außerordentliche Kündigung steht Ihnen z. B. bei Eintritt von Pflichtversicherung, einer Beitragserhöhung aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder einer Beitragsneufestsetzung wegen Erreichen eines bestimmten Lebensalters zu.

Die Regelungen zur Vertragsdauer und die Kündigungsmodalitäten sind im Informationsblatt zu Versicherungsprodukten unter dem Punkt "Wie kann ich den Vertrag kündigen?" erläutert.

Anzuwendendes Recht / Sprache

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Vertragssprache ist deutsch. Alle Informationen werden ebenfalls in deutscher Sprache erteilt.

Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Ombudsmann Krankenversicherung

Wir erklären uns bereit, hinsichtlich der Kranken- und privaten Pflegepflichtversicherung an Streitbeilegungsverfahren vor dem Ombudsmann für die private Krankenversicherung teilzunehmen. Die Entscheidungen des Ombudsmanns haben Empfehlungscharakter. Der Ombudsmann kann in solchen Fällen tätig werden, in denen weder die Aufsichtsbehörde (BaFin) angerufen wurde, noch ein Rechtsstreit gerichtlich anhängig ist. Weitere Informationen über den Ombudsmann sind im Internet unter www.pkv-ombudsmann.de abrufbar. Die Postanschrift lautet: PKV-Ombudsmann, Leipziger Str. 104, 10117 Berlin.

Gerichtliches Verfahren

Trotz der Möglichkeit, Beschwerde beim Ombudsmann einzulegen, können Sie die gerichtliche Klärung einer Meinungsverschiedenheit herbeiführen. Die Tätigkeit des Ombudsmannes ist dann aber ausgeschlossen (siehe vorstehende Ausführungen).

Beitragsanpassung: Folge steigender Krankheitskosten

Die Krankheitskosten sind im Allgemeinen stark altersabhängig. Zum Beispiel fallen für einen 70-jährigen Mann im Vergleich zu einem 40-jährigen durchschnittlich etwa 6-fach höhere Krankenhauskosten an.

Das mit dem Alter zunehmende Krankheitsrisiko ist jedoch bei der Beitragskalkulation schon berücksichtigt. Ab Beginn des Versicherungsvertrages wird mit einem Teil des Beitrages eine sogenannte Alterungsrückstellung gebildet. Mit dieser Alterungsrückstellung werden die Mehrbelastungen im Alter ohne Beitragserhöhung aufgefangen. Die Beiträge für Kinder, Schüler und Studenten sowie für Beamte im Vorbereitungsdienst sind auf Risikobasis, d. h. ohne Alterungsrückstellung kalkuliert, da sie nur zeitlich befristet Anwendung finden bzw., was die Kinderbeiträge angeht, keine starke Altersabhängigkeit aufweisen.

Was die Alterungsrückstellung allerdings nicht ausgleichen kann, sind die nicht altersbedingten allgemeinen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen, wie sie z. B. der medizinische Fortschritt in Diagnostik und Therapie mit sich bringt und deren Dynamik erheblich ausgeprägter ist, als bei den allgemeinen Lebenshaltungskosten.

Steigen die Kosten der Heilbehandlung und nimmt die Häufigkeit der Leistungsanspruchnahme zu, müssen bei einem dynamischen Krankenversicherungsschutz zwangsläufig auch die Beiträge steigen, weil sonst die gegebenen Leistungsversprechen nicht dauerhaft erfüllt werden können.

Maßnahmen zur Beitragsermäßigung im Alter

Im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Bestimmungen haben die Versicherten in der privaten Krankenversicherung einen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen festgelegten Rechtsanspruch auf Beitragsermäßigung im Alter. Hierfür werden der Alterungsrückstellung jährlich gesetzlich festgelegte zusätzliche Beträge zugeschrieben.

Jeder, der sich ab dem 01.01.2000 privat krankenversichert hat oder seine private Krankenversicherung wechselt, ist zur Zahlung eines gesetzlich vorgeschriebenen Vorsorgebeitrages verpflichtet. Der Gesetzgeber hat als Beitragshöhe für diesen gesetzlichen Vorsorgebeitrag 10 % aus dem regulären Beitrag für die Tarife der substitutiven Krankheitskostenversicherung, also der stationären, ambulanten und zahnärztlichen Tarife, festgelegt. Die Zahlungsverpflichtung beginnt mit dem Kalenderjahr, das auf die Vollendung des 21. Lebensjahres folgt und dauert bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das 60. Lebensjahr vollendet wird. Der gesetzliche Vorsorgebeitrag wird nur für Tarife erhoben, für die eine Alterungsrückstellung gebildet wird.

Der gesetzliche Vorsorgebeitrag soll Beitragsstabilität ab dem 65. Lebensjahr bewirken, indem erforderliche Beitragsanpassungen durch das angesammelte Kapital vermieden oder zumindest abgemildert werden. Vereinfacht ausgedrückt bedeutet dies, dass bis zum 60. Lebensjahr Geld verzinslich angespart wird, das ab dem 65. Lebensjahr zur Vermeidung von Beitragsanpassungen eingesetzt wird. Sofern von diesen Mitteln im 80. Lebensjahr noch Restkapital vorhanden ist, wird dieses zur Beitragsermäßigung verwendet.

Sie haben als Versicherungsnehmer das Recht, von der Süddeutschen Krankenversicherung a. G. zu verlangen, dass sie Anträge auf Wechsel in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz unter Anrechnung der aus dem bisherigen Versicherungsvertrag erworbenen Rechte und der Alterungsrückstellung annimmt. Soweit die Leistungen in dem neuen Tarif höher oder umfangreicher als im bisherigen sind, kann sie für die Mehrleistung einen Leistungsausschluss oder einen angemessenen Risikozuschlag und insoweit auch eine Wartezeit verlangen. Sie können die Vereinbarung eines Risikozuschlags und einer Wartezeit abwenden, wenn hinsichtlich der Mehrleistung ein Leistungsausschluss vereinbart wird.

Der Wechsel in den Standardtarif – ab 01.01.2009 in den Basistarif – mit Leistungen, die denen der gesetzlichen Krankenversicherung vergleichbar sind, ist ohne Gesundheitsprüfung möglich. Der Beitrag für den Standard- bzw. ab 01.01.2009 Basistarif ist personenbezogen auf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt. Der Beitrag für den Basistarif vermindert sich um die Hälfte, wenn Hilfebedürftigkeit im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch besteht oder allein durch die Zahlung des Beitrags für den Basistarif Hilfebedürftigkeit entstehen würde. Der Beitrag vermindert sich für die Dauer der Hilfebedürftigkeit oder für die Zeit, in der Hilfebedürftigkeit entstehen würde. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen.

Freiwillige Vorsorge für die Beitragsentlastung im Alter

Mit unserem Beitragssenkungsplan bieten wir des Weiteren die Möglichkeit, individuell Vorsorge für die Beitragsermäßigung im Alter zu treffen. Für unsere Versicherten besteht das vertragliche Recht, nach Vollendung des 60. Lebensjahres jederzeit Einmalbeiträge zur dauerhaften Beitragssenkung in den Krankheitskostentarifen – nicht Standardtarif – und in der Pflegeergänzungsversicherung zu leisten. Im Beitragssenkungsplan wird über eine Lebensversicherung Kapital mit Überschussanteilen angesammelt, welches ab dem 60. Lebensjahr des Versicherten abgerufen und als Einmalbeitrag zur Beitragsentlastung eingesetzt werden kann.

Informationen zur Verwendung Ihrer Daten

Stand: 01.01.2024

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die SDK-Gruppe und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte. Diese Informationen gelten auch für die versicherte Person. Wenn die versicherte Person nicht zugleich Versicherungsnehmer ist, wird der Versicherungsnehmer diese Informationen der versicherten Person weitergeben.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Der SDK-Gruppe gehören z. Zt. folgende Unternehmen an (verantwortliche Stellen):

- Süddeutsche Krankenversicherung a. G.
- Süddeutsche Lebensversicherung a. G.
- Süddeutsche Allgemeine Versicherung a. G.

Kontakt aller Gesellschaften:

Raiffeisenplatz 11
70736 Fellbach
Telefon: 0711/7372-7777
Fax: 0711/7372-7788
E-Mail: sdk@sdk.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** aller Gesellschaften erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutz@sdk.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus haben wir uns auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.sdk.de abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer SDK-Gesellschaft bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i.V.m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i.V.m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der SDK-Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmisbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Mitteilungs- und Aufbewahrungspflichten sowie unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i.V.m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber u.a. auf unserer Internetseite www.sdk.de zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es in der Lebensversicherung möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer stellt Ihnen dieser unter de.genre.com/Datenschutz/HinweiseArt14DSGVO/ zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Auftragnehmer und Dienstleister.

Folgende Liste beinhaltet die möglichen Stellen und Kategorien von Stellen (sowie ggfs. die dazugehörige Firmenadresse), die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten oder einfache personenbezogene Daten, die nach § 203 StGB geschützt sind, für die SDK-Versicherungsgruppe erheben, verarbeiten oder nutzen. Das bedeutet, dass für jede Datenverarbeitung, -erhebung und -übermittlung im Einzelfall geprüft wird, ob und wenn ja, welcher Dienstleister/Auftragnehmer beauftragt wird. Keinesfalls erfolgt eine automatische Datenübermittlung an jeden, der in der Liste genannt ist. In den Klammern sind die entsprechenden übertragenen Aufgaben festgehalten.

Adressermittler (Adressabgleich/-prüfung/-anreicherung), adesso insurance solutions GmbH, ASSEKURATA Assekuranz Rating-Agentur GmbH, Venloer Str. 301–303, 50823 Köln (Kundenumfragen, Unternehmensrating), Assistancedienstleister (Unterstützung und Service im Bereich der Unfall- und Auslandsreisekrankenversicherung, Gesundheitstelefon), Beratungsärzte/-unternehmen (Beurteilungen in unterschiedlichen Fachbereichen, Gesundheitsservice, Case Management, Disease Management, Gesundheitsdienstleistungen, Private Pflegeberatung), Briefkonsolidierung, Mailingdienstleister (Briefe kuvertieren, versenden, Mailingdruck und -versand), Call Center (Terminvereinbarungen, Telefoniedienstleistungen), Compagnon Marktforschungsinstitut GmbH & Co. KG, Nöllenstr. 11, 70195 Stuttgart (Kundenumfragen), Detekteien (Sachverhaltsaufklärung im Einzelfall bei Betrugsverdacht),

Deutsche Post E-Post Solutions GmbH, Moltkestr. 14, 53173 Bonn (Input-Management, Datenerfassung), Dienstleister zur Aktenvernichtung (Daten- und Aktenvernichtung), Atruvia AG, Fiduciastr. 20, 76227 Karlsruhe (Datenkommunikation zwischen Genossenschaftsbanken und Süddeutsche Krankenversicherung a.G. und Auslandszahlungen), General Reinsurance AG, Theodor-Heuss-Ring 11, 50668 Köln (Rückversicherung, Risiko- und Leistungsprüfung), Informationsdienstleister (Bonitätsabfrage), Inkasso-Unternehmen (Inkasso), IT-Dienstleister (Wartung/Betrieb/Entwicklung Systeme/Anwendungen), Kohlhammer Archivierung, Heßbrühlstraße 69, 70565 Stuttgart (Archivierung), mhplus Betriebskrankenkasse, Franckstraße 8, 71636 Ludwigsburg (im Rahmen der M-Tarife Prüfung des Bestehens einer Versicherung bei der mhplus Betriebskrankenkasse und „Leistung aus einer Hand“), PAV Card GmbH, Hamburger Straße 6, 22952 Lütjensee (Erstellung der Versichertenkarte), puls Marktforschung GmbH, Röthenbacher Str. 2, 90571 Schwaig (Kundenumfragen), Regionaldirektoren der SDK-Unternehmen (Koordination und Organisation der Bestandszuordnung und notwendiger Nachbearbeitungen des eingereichten Versicherungsgeschäfts), Süddeutsche Krankenversicherung a.G., Raiffeisenplatz 11, 70736 Fellbach (Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung für die Süddeutsche Lebensversicherung a.G. und die Süddeutsche Allgemeine Versicherung a.G.), Süddeutsche Lebensversicherung a.G., Raiffeisenplatz 11, 70736 Fellbach (Risiko- und Leistungsprüfung für die Süddeutsche Krankenversicherung a.G.), Übersetzungsbüros (Übersetzung von Rechnungen aus dem Ausland).

Eine aktuelle Liste kann auf www.sdk.de/datenschutz eingesehen werden.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermittelt, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

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

Betroffenenrechte

Sie können unter den o.g. Kontaktdaten Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen. Eine erteilte Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten für bestimmte Zwecke kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen; dies gilt auch für das Profiling, soweit es mit solcher Direktwerbung in Verbindung steht.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen und ohne dass hierfür andere als die Übermittlungskosten nach den Basistarifen entstehen. Der Widerspruch ist zu richten an vertrag@sdk.de.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Baden-Württemberg
Lautenschlagerstraße 20
70173 Stuttgart

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei der info-score Consumer Data GmbH (Auskunftei) Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Art. 6 Abs. 1 a), Abs. 1 b) und Abs. 1 f) DSGVO. Nähere Informationen zur eingesetzten Auskunftei stellt Ihnen diese unter finance.arvato.com/icdinfoblatt zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen/Profiling

Die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. entscheidet auf Grundlage Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Ihrer Antragstellung (zum einen bei der Nutzung der digitalen Antragsstrecke/ Online-Abschlussstrecke als auch bei der klassischen/herkömmliche Antragsstellung) befragen, gegebenenfalls vollautomatisiert über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Aufgrund der von Ihnen gemachten Angaben zum Versicherungsfall, der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten sowie gegebenenfalls von Dritten (wie Krankenhäusern, Ärzten) hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir ggf. auch vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die automatisierten Entscheidungen werden auf Grundlage von vorher festgelegten Regeln zur Prüfung und Gewichtung der Informationen von der Süddeutschen Krankenversicherung a. G. getroffen.

In der Krankenversicherung können Anträge unter bestimmten Bedingungen direkt verarbeitet bzw. angenommen werden. Demzufolge wird der Antrag maschinell verarbeitet, ohne dass ein Sachbearbeiter eine Prüfung vornimmt. Dieser Sachverhalt wird als Direktpolizierung bezeichnet. Im Rahmen der Direktpolizierung wird keine Ablehnung von Anträgen vorgenommen. Die Entscheidung, ob der Antrag direkt verarbeitet und poliziert werden kann, wird automatisiert getroffen. Innerhalb dieses Verfahrens werden Ihre hierfür relevanten personenbezogenen Daten verwendet, um Aspekte, die sich auf Ihre Person beziehen, ausschließlich für die anschließende Entscheidung zu bewerten oder zu analysieren („Profiling“).

Die Leistungsbearbeitung in der Krankenversicherung findet zum Teil vollmaschinell statt. Die maschinelle Bearbeitung der dazu selektierten Leistungsaufträge unterscheidet sich grundsätzlich nicht von derjenigen der menschlichen Kollegen. Es wird ausschließlich eine 100% tarifliche Leistung erstattet und es findet keine verminderte Leistung oder Ablehnung des Leistungsauftrags statt. Sollte sich eine Leistungsminderung ergeben, wird der Fall automatisch einer manuellen Weiterbearbeitung zugeführt. Ausschließlich die Fälle, die keine spezielle manuelle Bearbeitung benötigen, werden maschinell freigegeben. Innerhalb dieses Verfahrens werden Ihre hierfür relevanten personenbezogenen Daten verwendet, um Aspekte, die sich auf Ihre Person beziehen, ausschließlich für die anschließende Entscheidung zu bewerten oder zu analysieren („Profiling“).

Im Rahmen der automatisierten Einzelfallentscheidung bei der Online Abschlussstrecke der Zahnzusatzversicherung und der Auslandsreiseversicherung verwendet die Süddeutsche Krankenversicherung a. G. für die Risikoprüfung ein System zur Prüfung und Bewertung von Vorerkrankungen des Antragstellers.

Für alle hier aufgeführten, automatisierten Entscheidungen können folgende Daten herangezogen werden:

- Allgemeine Daten (z. B. Eingangsdatum, Antragsdatum, Antragsart)
- Personenbezogene Daten (z. B. Geburtsdatum, Adresse)
- Vertragsbezogene Daten (z. B. Tarife, Summen zu Tarifen, Tarifkombinationen, Umschreibungsarten, Anlagen vorhanden)
- Belegbezogene Daten (z. B. Behandlungsdatum, Rechnungsbetrag)
- Gesundheitsdaten (Angaben zu den jeweiligen Gesundheitsfragen im Antrag)

Unsere Entscheidungen sind auf ein statistisches Datenmodell gestützt, das kontinuierlich weiterentwickelt wird und die Grundlage unserer Risikoprüfung bildet. Automatisierte Entscheidungen über Ihre Ansprüche auf Versicherungsleistungen beruhen auf den mit Ihnen getroffenen vertraglichen Vereinbarungen, wie dem Versicherungsvertrag und den allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie auf der Anwendung verbindlicher Entgeltregelungen, wie den gebührenrechtlichen Regelungen der Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ), Heilpraktiker (GebüH) oder dem Krankenhausentgeltgesetz sowie der Bundespflegesatzverordnung. Zur Prüfung des Umfangs Ihrer Leistungen berücksichtigen wir zudem die von uns zu Ihrer Person verarbeiteten Gesundheitsdaten.

Widerrufsbelehrung

Stand: 01.01.2022

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,** einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

E-Mail: vertrag@sdk.de

Fax: 0711 7372-7211

Postanschrift: Süddeutsche Krankenversicherung a. G., Raiffeisenplatz 11, 70736 Fellbach

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von 1/30 der im Versicherungsschein ausgewiesenen Prämie pro Tag. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurück zu gewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungsweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die Identität einer Vertreterin oder eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedstaat der Europäischen Union, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben, wenn es eine solche Vertreterin oder einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen gewerblich tätigen Person als dem Versicherer, wenn Sie mit dieser geschäftlich zu tun haben, und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber Ihnen tätig wird;
3. a) die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
b) jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen einer Vertreterin oder einem Vertreter des Versicherers oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nummer 2 und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
4. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
5. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
6. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
7. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;

8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
10. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
11. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
12. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages zugrunde legt;
14. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages zu führen;
16. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2

Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Krankenversicherung

Bei dieser Krankenversicherung hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;
4. Hinweise auf die Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter, insbesondere auf die Möglichkeiten eines Wechsels in den Basistarif oder in andere Tarife gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes und der Vereinbarung von Leistungsausschlüssen sowie auf die Möglichkeit einer Prämienminderung gemäß § 152 Absatz 3 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes;
5. einen Hinweis, dass ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist;
6. einen Hinweis, dass ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein kann und gegebenenfalls auf einen Wechsel in den Basistarif beschränkt ist;
7. eine Übersicht in Euro über die Beitragsentwicklung im Zeitraum der dem Angebot vorangehenden zehn Jahre; anzugeben ist, welcher monatlichen Beitrag in den dem Angebot vorangehenden zehn Jahren jeweils zu entrichten gewesen wäre, wenn der Versicherungsvertrag zum damaligen Zeitpunkt von einer Person gleichen Geschlechts wie Sie mit Eintrittsalter von 35 Jahren abgeschlossen worden wäre; besteht der angebotene Tarif noch nicht seit zehn Jahren, so ist auf den Zeitpunkt der Einführung des Tarifs abzustellen, und es ist darauf hinzuweisen, dass die Aussagekraft der Übersicht wegen der kurzen Zeit, die seit der Einführung des Tarifs vergangen ist, begrenzt ist; ergänzend ist die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs, der bereits seit zehn Jahren besteht, darzustellen.

Ende der Widerrufsbelehrung

Informationsblatt Krankenversicherung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

1 Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das Solidaritätsprinzip. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrages nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen. Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im Umlageverfahren erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet. Unter bestimmten Voraussetzungen sind Ehegatten und Kinder beitragsfrei mitversichert.

2 Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein eigener Beitrag zu zahlen. Die Höhe des Beitrages richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als Anwartschaftsdeckungsverfahren oder Kapitaldeckungsverfahren. Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif - keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden¹. Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifes auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

¹ Waren Sie bereits vor dem 01.01.2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich ggf. gesondert über diese Regelungen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Vollversicherung

Stand: 01.07.2023

Teil I: Allgemeiner Teil

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	2
A. Der Versicherungsschutz	2
1. Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes	2
2. Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
3. Umwandlung des Versicherungsschutzes, Tarifwechselrecht	3
4. Beginn des Versicherungsschutzes, Mindestlaufzeit	3
5. Beginn des Versicherungsschutzes bei Neugeborenen und Adoptivkindern	3
6. Wartezeiten	4
7. Umfang der Leistungspflicht	4
8. Einschränkungen der Leistungspflicht	4
9. Voraussetzungen für die Auszahlung unserer Leistungen	5
10. Ende des Versicherungsschutzes	6
B. Beitrag	6
1. Beitragszahlung, Verzug	6
2. Beitragsberechnung	8
3. Beitragsanpassung	8
4. Beitragsrückerstattung	8
C. Obliegenheiten – worauf Sie achten müssen	9
1. Allgemeine Obliegenheiten	9
2. Obliegenheiten bei Ansprüchen gegen Dritte	9
3. Folgen von Obliegenheitsverletzungen	9
D. Ruhen des Versicherungsverhältnisses, Anwartschaftsversicherung und Ende der Versicherung	10
1. Ruhen des Versicherungsverhältnisses	10
2. Anwartschaftsversicherung	10
3. Kündigung durch Sie	11
4. Kündigung durch uns	12
5. Sonstige Gründe für die Beendigung eines Versicherungsverhältnisses	12
E. Willenserklärungen und Informationen	13
F. Sonstige Bestimmungen	13
1. Aufrechnung	13
2. Gerichtsstand	13
3. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	13
4. Wechsel in den Basistarif	13
5. Wechsel in den Standardtarif	14
Glossar	15
Anhang	18

Einleitung

Mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung bei der Süddeutschen Krankenversicherung (SDK) haben Sie eine gute Entscheidung getroffen. Wir unterstützen Sie gerne bei allen Fragen rund um Ihre Gesundheit.

In diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) finden Sie alle Regelungen rund um Ihre Versicherung. Dabei sind auch Fachbegriffe notwendig, die nicht immer leicht zu verstehen sind. Einige wichtige Fachbegriffe haben wir **fett** hervorgehoben. Diese erklären wir Ihnen in einem Glossar ab Seite 16.

Noch ein Hinweis:

Wir unterscheiden den Versicherungsnehmer und die versicherte Person voneinander. Sie sind Versicherungsnehmer, wenn Sie den Vertrag abgeschlossen haben. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch die versicherte Person.

Sie können auch eine andere Person versichert haben. Dann sind Sie Versicherungsnehmer und die Person, für die Sie diesen Vertrag abgeschlossen haben, ist die versicherte Person.

A. Der Versicherungsschutz

1. Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Wir bieten Ihnen Versicherungsschutz bei Krankheiten, Unfällen und anderen Ereignissen, die in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) genannt sind.

Im Versicherungsfall ersetzen wir Ihnen oder einer versicherten Person die Kosten für Heilbehandlung und sonstige vereinbarte Leistungen. Den Umfang des Versicherungsschutzes finden Sie

- im Versicherungsschein,
- in separaten schriftlichen Vereinbarungen,
- in diesen AVB und den dazugehörigen Tarifbeschreibungen: Teil IIa ambulant, Teil IIb stationär, Teil IIc Zahn sowie
- in den gesetzlichen Vorschriften.

Für das Versicherungsverhältnis gilt deutsches Recht.

(2) Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder den Folgen eines Unfalls. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung. Er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht.

In folgender Situation entsteht ein neuer Versicherungsfall: Die Heilbehandlung muss auf eine Krankheit oder die Folge eines Unfalls ausgeweitet werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt.

Ein Beispiel: Sie liegen im Krankenhaus auf Grund eines gebrochenen Beines und erkranken zusätzlich an einer Grippe. Die Grippe ist dann ein neuer Versicherungsfall.

(3) Als Versicherungsfall gelten auch

- Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
- Fehlgeburten und der nicht rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch nach § 218a Absatz 2 und 3 Strafgesetzbuch (StGB) (medizinische und **kriminogene Indikation**),
- ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen),
- die stationäre Versorgung in einem Hospiz,
- die **spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung** sowie
- der Todesfall, wenn dafür Leistungen mit uns vereinbart sind.

2. Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Es besteht weltweiter Versicherungsschutz für Heilbehandlung.

(2) Wenn Sie oder eine versicherte Person Ihren gewöhnlichen Aufenthalt verlegen, können Sie oder die versicherte Person das Versicherungsverhältnis fortsetzen.

Eine Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland bedeutet für uns: Sie oder eine versicherte Person verbringen zusammenhängend mehr als 182 Tage in einem Staat außerhalb des **Europäischen Wirtschaftsraums**. Vorübergehende Unterbrechungen zählen dabei mit zu dem Aufenthalt im Ausland. Vorübergehende Unterbrechungen sind zum Beispiel: Urlaub, Reisen oder Krankenhausaufenthalte.

(3) Wir dürfen ab dem 183. Tag des Aufenthalts im Ausland einen **länderspezifischen Beitragszuschlag** erheben.

Ausnahme:

Wir erheben keinen Zuschlag, wenn Ihr Tarif eine Begrenzung unserer Leistungen auf die Preise, die bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wären, vorsieht.

Den Beitragszuschlag prüfen wir jährlich und passen ihn gegebenenfalls an. Nehmen Sie oder die versicherte Person den Beitragszuschlag nicht an, endet das Versicherungsverhältnis. Das gleiche gilt, wenn die Verlegung nicht spätestens einen Monat nach Durchführung angezeigt wird.

(4) In einigen Staaten wird auf den Beitrag für eine Krankenversicherung eine Versicherungssteuer erhoben. Trifft dies auf das Land, in das Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt verlegen, zu, müssen Sie diese Versicherungssteuer tragen. Wir werden den Betrag für die Versicherungssteuer bei Ihnen einziehen.

(5) Wenn wir den Vertrag wegen einer Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts nach Absatz 3 Satz 4 und 5 beenden, können Sie die Umwandlung in eine **Anwartschaftsversicherung** verlangen. Die Voraussetzungen dafür finden Sie in Abschnitt D.2.

3. Umwandlung des Versicherungsschutzes, Tarifwechselrecht

Sie können die Umwandlung der Versicherung in einen **gleichartigen Versicherungsschutz** verlangen.

Voraussetzung:

Sie oder die versicherte Person sind **versicherungsfähig**.

So gehen wir nach Ihrem Antrag auf Umwandlung vor:

- Wir nehmen Ihren Antrag auf Umwandlung in einer angemessenen Frist an.
- Ihre erworbenen Rechte bleiben erhalten.
- Die nach den **technischen Berechnungsgrundlagen** gebildeten **Alterungsrückstellungen** rechnen wir an.
- Wenn der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, können wir für die Mehrleistungen einen angemessenen **Risikozuschlag** verlangen (siehe Abschnitt B.2. Absatz 5 und 6).
- Alternativ können wir auch einen **Leistungsausschluss** mit Ihnen vereinbaren.

Ausnahme:

Sie haben keinen Anspruch auf Umwandlung des Versicherungsschutzes, wenn

- bei **Anwartschafts-** und **Ruhensversicherungen** der Grund für die **Anwartschaft** oder das **Ruhen** des Vertrags noch besteht
oder
- das Versicherungsverhältnis befristet ist.

Der Wechsel in einen Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsabhängig berechnet sind, ist rechtlich nicht möglich. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den **Notlagentarif** nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls rechtlich nicht möglich.

4. Beginn des Versicherungsschutzes, Mindestlaufzeit

(1) Ihren Versicherungsbeginn finden Sie in Ihrem Versicherungsschein. Ihr Versicherungsschutz beginnt ab dem dort genannten Zeitpunkt, aber nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages.

Der Abschluss des Versicherungsvertrages liegt in jedem Fall dann vor, wenn Sie folgendes von uns erhalten haben:

- den Versicherungsschein
oder
- eine Annahmeerklärung.

(2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Für Versicherungsfälle, die nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetreten sind, leisten wir für die ab dem Versicherungsbeginn entstandenen Kosten.

(3) Bei Änderungen des Vertrags gelten die Absätze 1 und 2 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(4) Der Vertrag wird in der Regel für ein **Versicherungsjahr** abgeschlossen. Bei Änderungen des Vertrags rechnen wir die Dauer Ihrer bisherigen Versicherung an.

Der Vertrag verlängert sich um ein **Versicherungsjahr**, wenn Sie ihn nicht 3 Monate vor Ablauf in Textform (Brief, E-Mail, Fax) kündigen. Über die Kündigungsmöglichkeit werden wir Sie nicht separat informieren.

Ein **Versicherungsjahr** ist die Zeit vom 01. Juli eines Jahres bis zum 30. Juni des folgenden Jahres. Das erste **Versicherungsjahr** ist die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.

5. Beginn des Versicherungsschutzes bei Neugeborenen und Adoptivkindern

(1) Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der des am höchsten oder umfassendsten versicherten Elternteils sein. Eine niedrigere ambulante Selbstbeteiligung gilt dabei nicht als höherer oder umfassenderer Versicherungsschutz, wenn sonst der Leistungsumfang identisch ist.

Der Versicherungsschutz umfasst dabei innerhalb des gewählten Tarifs auch Geburtsschäden, angeborene Krankheiten und andere körperliche Beeinträchtigungen (beispielsweise Behinderungen).

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne **Risikozuschläge** ab der Geburt.

Voraussetzung:

Wir erhalten die Anmeldung des Kindes zur Versicherung rückwirkend ab Geburt spätestens 2 Monate nach dem Tag der Geburt.

(3) Bei Adoptionen beginnt der Versicherungsschutz ab dem Zeitpunkt der Adoption.

Voraussetzungen:

- Wir erhalten die Anmeldung des Kindes zur Versicherung rückwirkend ab Adoptionsbeginn, spätestens 2 Monate nach dem Tag der Adoption
- und
- das Kind ist bei der Adoption noch minderjährig.

Da bei einer Adoption ein erhöhtes Risiko für Vorerkrankungen bestehen kann, dürfen wir mit Ihnen einen **Risikozuschlag** vereinbaren. Dieser **Risikozuschlag** beträgt maximal 100 %.

6. Wartezeiten

Wartezeiten bestehen nicht.

7. Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe unserer Leistungen ergeben sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Teil I und II) und den gesetzlichen Vorschriften.

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

Darüber hinaus leisten wir auch für Methoden und Arzneimittel, die

- angewandt werden, weil es keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel gibt
- oder
- sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben.

Für die Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis bewährt haben, gilt:

Wir dürfen unsere Leistungen auf den Betrag reduzieren, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(3) Wir bieten Ihnen Gesundheitsdienstleistungen zur Vorbeugung und im Krankheitsfall. Dies sind zum Beispiel medizinische Beratung oder Assistenzleistungen (Hilfs- und Unterstützungsleistungen). Unsere aktuellen Gesundheitsdienstleistungen finden Sie unter www.sdk.de/gesundheitsdienstleistungen.

(4) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich höher sind als 2.000 EUR, informieren wir Sie gerne über den Umfang Ihres Versicherungsschutzes. Bitte senden Sie Ihre Anfrage an uns in Textform (Leistung@sdk.de, Brief, Fax). Wir antworten Ihnen spätestens nach 4 Wochen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, informieren wir Sie **unverzüglich**, spätestens nach 2 Wochen. Wir berücksichtigen dabei Ihre Unterlagen, beispielsweise Kostenvoranschläge.

Die Frist beginnt, wenn wir Ihre Anfrage erhalten haben. Wenn wir Sie nicht innerhalb der Frist informieren, gilt die Heilbehandlung als medizinisch notwendig. Dies gilt ab dem Zeitpunkt nicht mehr, ab dem wir die fehlende medizinische Notwendigkeit der Behandlung nachgewiesen haben.

(5) Wir geben Ihnen oder der versicherten Person auf Nachfrage Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen. Dies gilt für Gutachten und Stellungnahmen, die wir eingeholt haben, um zu prüfen, ob eine medizinische Behandlung notwendig ist.

Sie oder die versicherte Person können auch verlangen, dass wir einem bestimmten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben. Dies gilt, wenn wir Ihnen oder der versicherten Person aus erheblichen therapeutischen oder sonstigen erheblichen Gründen keine Auskunft oder Einsicht geben können. Nur die betroffene Person oder deren gesetzlicher Vertreter kann diesen Anspruch geltend machen. Wenn Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt haben, erstatten wir Ihnen die entstandenen Kosten.

(6) Durch Terrorereignisse verursachte Krankheiten und Folgen eines Unfalls sind weltweit versichert.

(7) Folgen von Kriegereignissen außerhalb Deutschlands sind versichert, wenn das Auswärtige Amt für das betreffende Land vor Beginn des Aufenthalts im Ausland keine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird eine Reisewarnung während des Aufenthalts im Ausland ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis die Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist.

8. Einschränkungen der Leistungspflicht

(1) Wir leisten nicht für

1. durch Kriegereignisse in Deutschland verursachte oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannte

- Krankheiten sowie deren Folgen
- und
- Folgen von Unfällen
- und

- Todesfälle,

2. von Ihnen oder der versicherten Person **vorsätzlich** herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen.

3. Entwöhnungsmaßnahmen bei Nikotinsucht.

4. Entwöhnungsmaßnahmen bei anderen Suchterkrankungen wie zum Beispiel Alkoholabhängigkeit oder Drogensucht.

Ausnahme:

Wir leisten für die ersten 3 ambulanten oder stationären Maßnahmen pro Diagnose. Wir erstatten keine Maßnahmen zur Entwöhnung, für die andere Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leisten müssen.

5. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in stationären Einrichtungen, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde nicht erstatten. Ein wichtiger Grund kann zum Beispiel eine mehrfache Abrechnung der Leistung sein.

Das gilt nur:

- Wenn die Behandlung begonnen wurde, nachdem wir Sie über den **Leistungsausschluss** benachrichtigt haben sowie
- für Kosten, die nach Ablauf von 3 Monaten seit der Benachrichtigung entstanden sind, wenn zum Zeitpunkt der Benachrichtigung der Versicherungsfall noch nicht abgeschlossen war.

6. Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger (beispielsweise der gesetzlichen Rentenversicherung). Dies gilt, wenn wir tariflich nichts anderes mit Ihnen vereinbart haben.

7. Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten (beispielsweise Arzneimittel oder Verbandsmaterial) erstatten wir wie tariflich vereinbart.

8. eine Unterbringung wegen Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung (beispielsweise Sicherungsverwahrung in der Psychiatrie).

(2) Wir können unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag senken, wenn

- eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß übersteigt oder
- für eine medizinisch notwendige Heilbehandlung oder für sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart worden sind, eine unangemessen hohe Vergütung berechnet wird.

(3) In folgenden Fällen müssen wir nur für Kosten leisten, die trotz gesetzlicher Leistungen notwendig bleiben:

Sie oder die versicherte Person haben Anspruch auf Leistungen

- aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder
- aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder
- einer **gesetzlichen Heilfürsorge** oder
- der Unfallfürsorge.

(4) Haben Sie oder eine versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Kostenträger (beispielsweise andere Versicherungen), gilt: Die gesamte Erstattung darf nicht höher sein als die gesamten Kosten.

9. Voraussetzungen für die Auszahlung unserer Leistungen

(1) Wir müssen nur dann leisten, wenn Sie uns die geforderten Nachweise vorlegen. Diese Nachweise werden unser Eigentum. Als Nachweise gelten:

- Rechnungen im Original (auch in elektronischer Form) sowie
- Kopien von Rechnungen mit Erstattungsnachweis eines anderen Kostenträgers (beispielsweise einer anderen Versicherung).

(2) Die Rechnungen müssen enthalten:

- Name der behandelten Person,
- Bezeichnung der Krankheit,
- Leistungen des Behandelnden mit Nummern des Gebührenverzeichnisses und jeweiligem Behandlungsdatum sowie

- zusätzlich bei stationären Leistungen: Tag der Aufnahme und Entlassung sowie Bettenzahl des in Anspruch genommenen Zimmers.

(3) Sie erhalten die vertraglichen Leistungen, nachdem wir festgestellt haben, ob und in welcher Höhe wir leisten müssen. Für die Fälligkeit unserer Leistungen gilt § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang).

(4) Die Leistung können nur Sie als Versicherungsnehmer verlangen.

Ausnahme:

Wir leisten an die versicherte Person, wenn Sie uns diese in Textform (Brief, E-Mail, Fax) als empfangsberechtigt für deren Leistungen genannt haben.

(5) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten durch eine Krankheit rechnen wir in Euro um. Es gilt dafür der Kurs des Tages, an dem wir die Belege erhalten. Kosten für die Überweisung der Leistungen und für Übersetzungen können wir von den Leistungen abziehen.

(6) Ansprüche auf Leistungen können Sie weder abtreten noch verpfänden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 01. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge. Gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

Besonderheit:

Wenn Sie eine „Card für Privatversicherte“ erhalten haben, kann das Krankenhaus die Kosten für die stationäre Behandlung direkt mit uns abrechnen. In diesem Fall gilt das Abtretungsverbot nicht.

10. Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet mit der Beendigung des Versicherungsvertrages. Dies gilt auch für noch nicht abgeschlossene Versicherungsfälle.

B. Beitrag

1. Beitragszahlung, Verzug

(1) Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Wir berechnen ihn vom Versicherungsbeginn an. Sie müssen den Beitrag zum Ersten eines jeden Monats zahlen.

(2) Das Eintrittsalter ist entscheidend für die Höhe der Beiträge. Das Eintrittsalter ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Ein Beispiel: Sie sind am 31. August 1983 geboren. Das Versicherungsverhältnis beginnt am 1. Januar 2018. Ihr Eintrittsalter beträgt dann $2018 - 1983 = 35$ Jahre.

Kinder zahlen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem sie das 15. Lebensjahr vollenden, den Beitrag für Kinder. Von dem folgenden Kalenderjahr an gelten die „Besondere Bedingungen für Studenten und Schüler“. Falls die Kinder nicht in die Schule gehen oder nicht studieren, zahlen sie den Beitrag für erwachsene Mitglieder. Dafür gilt dann das Eintrittsalter von 16 Jahren. Diese Änderungen der Beiträge gelten nicht als Beitragserhöhung im Sinne von Abschnitt D. 3. Absatz 5.

(3) Den ersten Beitrag müssen Sie **unverzüglich** nach Erhalt des Versicherungsscheins zahlen. Bei einem späteren Versicherungsbeginn müssen Sie den ersten Beitrag zu diesem späteren Zeitpunkt zahlen.

(4) Mit diesem Versicherungsvertrag erfüllen Sie die **Pflicht zur Krankheitskostenversicherung** (§ 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) – siehe Anhang). Wenn Sie den Vertrag später als einen Monat nach Entstehen der **Pflicht zur Versicherung** beantragen, müssen Sie einen Beitragszuschlag zahlen.

So berechnen wir die Höhe des Beitragszuschlags:

- Er beträgt einen monatlichen Beitrag für jeden angefangenen Monat, in dem Sie nicht versichert sind.
- Ab dem 6. Monat, in dem Sie nicht versichert sind, beträgt der Beitragszuschlag für jeden weiteren angefangenen Monat ein Sechstel des monatlichen Beitrags.
- Wenn wir nicht feststellen können, wie lange Sie ohne Versicherungsschutz sind, gehen wir davon aus, dass Sie 5 Jahre nicht versichert waren.

Den Beitragszuschlag müssen Sie einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zahlen. Sie können von uns verlangen, dass wir den Beitragszuschlag **stunden**. Wir stimmen der **Stundung** zu, wenn unsere Interessen durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung berücksichtigt werden. Der **gestundete** Betrag wird verzinst.

(5) Wenn Sie bei einer verpflichtenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) – siehe Anhang) mit 2 Monatsbeiträgen im Rückstand sind, erhalten Sie eine Mahnung. Sie müssen dann folgende Beträge zahlen:

- Für jeden angefangenen Monat mit Beitragsrückstand einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes und
- nachgewiesene Mahnkosten, mindestens 1,50 EUR je Mahnung.

Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge 2 Monate nach Erhalt der Mahnung noch höher als 1 Monatsbeitrag, mahnen wir Sie erneut. Darin weisen wir Sie auf das mögliche **Ruhen** des Versicherungsvertrages hin.

Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Erhalt der zweiten Mahnung höher als ein Monatsbeitrag, **ruht** der Versicherungsvertrag. Dies gilt ab dem ersten Tag des folgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, sind Sie oder eine versicherte Person im **Notlagentarif** nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) versichert. Es gelten dafür die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den **Notlagentarif** (AVB/NLT) in der gültigen Fassung.

Sind alle rückständigen Beiträge, die Säumniszuschläge und die **Beitreibungskosten** gezahlt, setzen wir den Vertrag wie folgt fort:

- Sie oder die versicherte Person sind wieder ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in Ihrem bisherigen Tarif versichert.
- Sie oder die versicherte Person werden so gestellt wie vor der Versicherung im **Notlagentarif** nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang).

Ausnahme:

Dies gilt nicht für die während der **Ruhenszeit** verbrauchten Anteile der **Alterungsrückstellung**.

Während der **Ruhenszeit** können sich die Beiträge oder die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den ursprünglichen Versicherungsvertrag ändern. Dann gelten diese Änderungen ab dem Tag, an dem wir die Versicherung fortsetzen.

Das **Ruhen** des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet in folgendem Fall: Sie oder die versicherte Person sind oder werden hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch.

Die Hilfebedürftigkeit müssen Sie uns durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachweisen. Der zuständige Träger kann zum Beispiel die Bundesagentur für Arbeit sein. Wir können von Ihnen verlangen, dass Sie uns in angemessenen Abständen eine neue Bescheinigung vorlegen.

(6) Bei anderen als der verpflichtenden Krankheitskostenversicherung kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren. Die Voraussetzungen hierfür sind in § 37 und § 38 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang) geregelt. Wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben und wir Sie in Textform (Brief, E-Mail, Fax) gemahnt haben, müssen Sie Mahnkosten zahlen. Diese betragen mindestens 1,50 EUR je Mahnung. Darüber hinaus können wir von Ihnen Zinsen für den Verzug und von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (beispielsweise Rückläufergebühren, Gerichtskosten) fordern.

(7) Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses gelten folgende Regelungen:

- Beendigung vor Ablauf der Vertragslaufzeit: Uns steht der Teil des Beitrags für den Zeitraum zu, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat.
- Beendigung durch Rücktritt nach § 19 Absatz 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang): Uns steht der Beitrag zu, bis die Erklärung des Rücktritts wirksam wird.
- Beendigung durch Anfechtung wegen **arglistiger Täuschung**: Uns steht der Beitrag zu, bis die Anfechtung wirksam wird.
- Treten wir vom Vertrag zurück, weil Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben, können wir eine angemessene Gebühr fordern.

(8) Geht eine versicherte Person zur Schule oder studiert an einer Hochschule, kann die Versicherung als Schüler oder Student erfolgen.

Voraussetzung:

Die versicherte Person ist mindestens 16 Jahre alt und hat das 39. Lebensjahr noch nicht vollendet.

Der monatliche Beitrag richtet sich nach dem erreichten Alter. Entscheidend ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensalter.

Ändern sich die Beiträge wegen des steigenden Alters oder weil die Versicherung als Schüler oder Student endet, liegt keine Beitragserhöhung im Sinne von Abschnitt D.3. Absatz 5 vor.

Die Versicherung als Schüler oder Student endet, wenn die Schulausbildung oder wissenschaftliche Ausbildung

- endet oder
- vorzeitig abgebrochen wird oder
- für die Dauer von mehr als sechs Monaten unterbrochen wird oder
- wenn die versicherte Person das 39. Lebensjahr vollendet.

Die Versicherung endet jeweils mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem das Ereignis stattfand. Ab dem folgenden Kalenderjahr wird die Versicherung mit den Beiträgen für erwachsene Mitglieder fortgeführt. Dafür gilt dann das zu diesem Zeitpunkt erreichte Eintrittsalter.

Sie müssen uns das Ereignis, das zum Ende der Versicherung führt, innerhalb von zwei Monaten nach dessen Eintritt in Textform (Brief, E-Mail, Fax) anzeigen. Mit der gleichen Frist können Sie das Versicherungsverhältnis für die betroffene versicherte Person kündigen. Diese Kündigung wird zum Ende des Monats wirksam, in dem das Ereignis eingetreten ist.

2. Beitragsberechnung

- (1) Wir berechnen die Beiträge nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG). Die genaue Art der Berechnung ist in unseren **technischen Berechnungsgrundlagen** festgelegt.
- (2) Wenn sich die Beiträge ändern – auch durch Änderung des Versicherungsschutzes – berücksichtigen wir das tarifliche Lebensalter der versicherten Person. Das tarifliche Lebensalter ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt und dem Geburtsjahr der versicherten Person.
- (3) Das Eintrittsalter der versicherten Person berücksichtigen wir dadurch, dass wir eine **Alterungsrückstellung** anrechnen. Dabei richten wir uns nach den in den **technischen Berechnungsgrundlagen** festgelegten Grundsätzen. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung unserer Leistungen wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist ausgeschlossen, wenn wir **Alterungsrückstellungen** bilden. Dies gilt für die gesamte Dauer des Versicherungsverhältnisses.
- (4) Zur Finanzierung einer **Anwartschaft** auf Beitragsermäßigung im Alter gehen wir wie folgt vor: Den **Alterungsrückstellungen** aller Versicherten von Krankheitskostentarifen schreiben wir jährlich zusätzliche Beträge zu und verwenden diese für die **Anwartschaften**. Dies gilt für alle Krankheitskostentarife, für die wir eine **Alterungsrückstellung** über das 65. Lebensjahr hinaus bilden. Dabei richten wir uns nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG).
- (5) Bei Änderungen der Beiträge können wir auch separat vereinbarte **Risikozuschläge** entsprechend ändern.
- (6) Besteht bei einer Änderung des Vertrags ein erhöhtes Risiko, können wir für den zukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag einen angemessenen Zuschlag fordern. Dieser richtet sich nach unseren Grundsätzen, mit denen wir erhöhte Risiken ausgleichen.

3. Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen unserer vertraglichen Leistungszusage können sich unsere Aufwendungen für Leistungen ändern, zum Beispiel wenn
 - die Kosten für Heilbehandlungen steigen
 - oder
 - medizinische Leistungen häufiger beansprucht werden
 - oder
 - die Lebenserwartung steigt.

Wir vergleichen mindestens einmal jährlich für jeden Tarif die notwendigen mit den in den **technischen Berechnungsgrundlagen** berechneten Versicherungsleistungen und **Sterbewahrscheinlichkeiten**. Diesen Vergleich führen wir getrennt für jede **Beobachtungseinheit** eines Tarifs durch. Ergibt diese Gegenüberstellung bei den Versicherungsleistungen oder bei den **Sterbewahrscheinlichkeiten** eine Abweichung von mehr als 5 %, prüfen wir alle Beiträge dieser **Beobachtungseinheit**. Anschließend passen wir diese Beiträge mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders an. Unter den gleichen Voraussetzungen können wir auch eine feste Selbstbeteiligung anpassen und einen vereinbarten **Risikozuschlag** entsprechend ändern. Bei einer Beitragsanpassung vergleichen wir auch den für die **Höchstbeitragsgarantie** und die **Beitragsminderung** im Basistarif notwendigen Zuschlag (Abschnitt F.4.) und den für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderlichen Zuschlag (Abschnitt F.5.) mit den jeweils berechneten Zuschlägen. Auch diese Zuschläge passen wir wenn nötig an.

- (2) (entfallen)
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und vereinbarten **Risikozuschlägen** werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf unsere Benachrichtigung folgt.

4. Beitragsrückerstattung

Die der **Rückstellung für Beitragsrückerstattung** (RfB) zugewiesenen Beträge verwenden wir nur für die **Überschussbeteiligung** unserer Versicherten. Entscheidend für die Verwendung ist unsere Satzung. Danach können wir unter folgenden Arten der Verwendung wählen:

- Ausschüttung,
- Erhöhung unserer Leistungen,
- Senkung der Beiträge,
- Verwendung als Einmalbeitrag für eine Erhöhung der Leistungen sowie
- Abwendung oder Minderung von Beitragserhöhungen.

Bei einer Ausschüttung zahlen wir die Beitragsrückerstattung für jeden berechtigten Tarif der versicherten Person aus, wenn diese:

- ein volles Kalenderjahr versichert war
Ausnahme:
Bei einem Versicherungsbeginn nach dem 1. Januar zählt auch das erste Jahr als volles Kalenderjahr.
und
- keine Leistungen für das abgelaufene Kalenderjahr erhalten hat
oder
- nur solche Leistungen für das vergangene Kalenderjahr erhalten hat, die dem Anspruch auf die Beitragsrückerstattung nicht entgegenstehen. Das können zum Beispiel Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen oder Maßnahmen zur Zahnprophylaxe sein.

Weiterhin müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der Vertrag der versicherten Person besteht noch am 01. Juli des Folgejahres
Ausnahme:
Der Vertrag wurde wegen Tod oder einer Pflicht zur gesetzlichen Krankenversicherung beendet.
und
- alle Beiträge der versicherten Person für das abgelaufene Kalenderjahr sind spätestens am 31. Januar des folgenden Jahres ohne Gerichtsverfahren bezahlt.

Die Ausschüttung erhalten Sie in der zweiten Hälfte des Folgejahres.

C. Obliegenheiten – worauf Sie achten müssen

1. Allgemeine Obliegenheiten

- (1) Sie und die empfangsberechtigte versicherte Person (Abschnitt A. 9. Absatz 4) müssen uns auf Verlangen jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder unserer Leistungspflicht und ihres Umfangs notwendig ist.
- (2) Die versicherte Person ist verpflichtet, sich auf unser Verlangen durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person muss für die Minderung des Schadens sorgen. Sie muss alle Handlungen unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

Ein Beispiel: Sie handeln entgegen dem ausdrücklichen ärztlichen Rat Bettruhe zu halten.

- (4) In folgenden Fällen sind Sie verpflichtet, uns über andere Versicherungen **unverzüglich** zu informieren:
 - Für eine versicherte Person wird bei einem weiteren Versicherer ein Vertrag über eine Krankheitskostenversicherung abgeschlossen
oder
 - eine versicherte Person tritt in die gesetzliche Krankenversicherung ein.

2. Obliegenheiten bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Haben Sie oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte (beispielsweise gegen einen Unfallgegner), müssen Sie diese Ansprüche schriftlich an uns abtreten. Die Pflicht zur Abtretung besteht bis zu der Höhe, in der Sie von uns Ersatz erhalten (Erstattung von Kosten sowie Sach- und/oder Dienstleistungen). Diese Regelung gilt unter Berücksichtigung des gesetzlichen Forderungsüberganges nach § 86 Versicherungsvertragsgesetzes (VVG).
- (2) Sie oder die versicherte Person müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht wahren. Dabei müssen Sie die geltenden Formen und Fristen beachten und uns bei der Durchsetzung unserer Ansprüche wenn nötig unterstützen.

Ein Beispiel: Sie haben einen unverschuldeten Unfall, in dessen Folge Heilbehandlungskosten entstehen. Sie dürfen dann nicht ohne Rücksprache mit uns auf Ihre Ansprüche verzichten, also zum Beispiel auf Ihre Schadenersatzansprüche gegen den Unfallgegner.

- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend, wenn Sie oder eine versicherte Person einen Anspruch auf Rückzahlung von Entgelten haben, weil:
 - Sie an einen Leistungserbringer ohne rechtlichen Grund gezahlt
und
 - dafür von uns vertraglich vereinbarte Leistungen erhalten haben.

3. Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Wenn Sie oder eine versicherte Person eine **Obliegenheit** aus dem Abschnitt C.1. verletzen, müssen wir ganz oder teilweise nicht leisten. Die in § 28 Absätze 2 bis 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang) genannten Einschränkungen müssen wir beachten.

(2) Wenn Sie oder eine versicherte Person **vorsätzlich** oder **grob fahrlässig** die **Obliegenheit** aus Abschnitt C.1. Absatz 4 verletzen, können wir das Versicherungsverhältnis fristlos kündigen. Die Kündigung muss innerhalb eines Monats, nachdem wir von der Verletzung der **Obliegenheit** erfahren haben, erfolgen.

Ausnahme:

Dies gilt nicht für Versicherungsverhältnisse, die der Erfüllung der **Pflicht zur Versicherung** nach § 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang) dienen.

(3) Wenn Sie oder eine versicherte Person **vorsätzlich** die **Obliegenheiten** aus Abschnitt C.2. verletzen, gilt: Wir müssen nicht leisten, wenn wir wegen der **vorsätzlichen** Verletzung der **Obliegenheit** keinen Ersatz von dem Dritten oder dem Leistungserbringer erhalten können. Bei einer **grob fahrlässigen** Verletzung dieser **Obliegenheiten** dürfen wir unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis kürzen.

(4) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen Ihrer Kenntnis und Ihrem Verschulden gleich.

D. Ruhen des Versicherungsverhältnisses, Anwartschaftsversicherung und Ende der Versicherung

1. Ruhen des Versicherungsverhältnisses

(1) Wir können mit Ihnen das **Ruhen** der beiderseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsverhältnis vereinbaren, wenn

1. vorübergehend eine **Pflicht zur Krankenversicherung** (Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung) besteht
oder
2. für eine versicherte Person vorübergehend durch eine Versicherungspflicht eines Familienmitgliedes ein gesetzlicher Anspruch auf Familienversicherung besteht
oder
3. für eine versicherte Person Anspruch auf **freie Heilfürsorge** durch einen der folgenden Dienste besteht: einen vorübergehenden Grenzschutz-, Polizei- oder anderen Dienst, eine gesetzliche Dienstpflicht oder einen freiwilligen Dienst.

Das **Ruhen** des Versicherungsverhältnisses können wir für alle oder für einzelne mitversicherte Personen vereinbaren.

In den Fällen der Ziffern 1 und 2 darf der Zeitraum des **Ruhens** nicht länger als 6 Monate sein. In den Fällen der Ziffer 3 können wir mit Ihnen vereinbaren, dass das Versicherungsverhältnis während der Dauer des Anspruchs auf **freie Heilfürsorge** ruht. Dies gilt aber maximal für 18 Monate.

Wenn Sie das **Ruhen** innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt des **Ruhensgrundes** beantragen, stellen wir das Vertragsverhältnis rückwirkend um. Wenn Sie das **Ruhen** später beantragen, stellen wir das Vertragsverhältnis am 1. des nächsten Monats nach Ihrem Antrag um.

Voraussetzung:

Der Grund für das **Ruhen** besteht weiterhin.

(2) Wir leisten nicht während der **Ruhenszeit**. Vom Ende der **Ruhenszeit** an zahlen wir die vertraglichen Leistungen auch für solche Versicherungsfälle, die während der **Ruhenszeit** eingetreten sind. Wir erstatten die Kosten für Behandlungen, die nach dem Ende des **Ruhens** entstanden sind.

(3) Diese Regelungen gelten nicht für das **Ruhen** des Versicherungsvertrages bei Beitragsrückständen (Abschnitt B.1. Absatz 5).

2. Anwartschaftsversicherung

(1) Soll das Versicherungsverhältnis länger als 6 Monate **ruhen**, ist der Abschluss einer **Anwartschaftsversicherung** ab Beginn des **Ruhens** notwendig. In den Fällen des Abschnitts D.1. Absatz 1 Ziffer 3 gilt dafür ein Zeitraum von länger als 18 Monaten. Es gelten dafür die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die **Anwartschaftsversicherung** einer Krankheitskosten-, Krankenhaustagegeld-, Krankentagegeld- und ergänzenden Pflegeversicherung (AVB/AWV).

(2) Sie können statt der in Abschnitt A. 2. Absätze 2 und 3 geregelten Fortsetzung oder Beendigung des Versicherungsverhältnisses verlangen, dass wir dieses in eine **Anwartschaftsversicherung** umwandeln. Dafür müssen wir Ihre Erklärung spätestens 2 Monate nach dem Zeitpunkt der Fortsetzung oder Beendigung des Versicherungsverhältnisses in Textform (Brief, E-Mail, Fax) erhalten haben. Der genaue Zeitpunkt ist in Abschnitt A. 2. Absätze 2 und 3 festgelegt.

(3) Wenn die Voraussetzungen für eine **Anwartschaftsversicherung** nicht mehr bestehen, tritt die Versicherung taggenau wieder in Kraft. Voraussetzung dafür ist aber, dass die versicherte Person sich

- in Deutschland
oder
- in ihrem letzten Aufenthaltsland mit aktivem Versicherungsschutz aufhält.

Die Inkraftsetzung der in **Anwartschaft** stehenden Tarife müssen Sie spätestens 2 Monate nach Wegfall der Voraussetzungen beantragen.

Wir können den Versicherungsschutz auch mit einer separaten Vereinbarung wieder in Kraft setzen, wenn

- Sie die Frist von 2 Monaten nicht einhalten
oder
- die Voraussetzungen von D.1. Ziffern 1 oder 2 nicht erfüllt werden.

Wenn Sie diese Vereinbarung nicht annehmen, endet das Versicherungsverhältnis zum Ende des Monats in dem Sie uns mitteilen, dass Sie die separate Vereinbarung nicht annehmen.

3. Kündigung durch Sie

(1) Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden **Versicherungsjahres** mit einer Frist von 3 Monaten kündigen.

(2) Sie können das Versicherungsverhältnis auch nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife kündigen.

(3) Wird eine versicherte Person versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung, gilt: Sie können die Krankheitskosten-Vollversicherung oder eine dafür bestehende **Anwartschaftsversicherung** innerhalb von 3 Monaten rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen.

Voraussetzung:

Sie weisen uns den Eintritt der Versicherungspflicht innerhalb von 2 Monaten nach, nachdem wir Sie dazu in Textform (Brief, E-Mail, Fax) aufgefordert haben. Ihre Kündigung ist unwirksam, wenn Sie die Frist versäumen und dies auch zu vertreten haben.

Bei einer wirksamen Kündigung müssen Sie den Beitrag nur bis zum Eintritt der Versicherungspflicht zahlen. Weisen Sie uns den Eintritt der Versicherungspflicht später nach, können Sie die Krankheitskosten-Vollversicherung oder eine dafür bestehende **Anwartschaftsversicherung** zum Ende des entsprechenden Monats kündigen. Dann müssen Sie den Beitrag bis zum Ende des Versicherungsvertrages zahlen. Als Versicherungspflicht gilt auch der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf **Heilfürsorge** aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(4) Sie können das Versicherungsverhältnis für eine versicherte Person innerhalb von 2 Monaten kündigen, nachdem eine der folgenden Änderungen in Kraft getreten ist:

- Durch eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag ändert sich der Beitrag bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters. Es gilt dann der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe.

Ein Beispiel: Ein Schüler vollendet das 15. Lebensjahr und muss im darauf folgenden Jahr den Beitrag für Studenten und Schüler statt des Beitrags für Kinder bezahlen.

- Der Beitrag ändert sich wegen einer vertraglich vereinbarten Umstellung auf Beiträge mit **Alterungsrückstellung**.

Ein Beispiel: Die versicherte Person ist nicht mehr Student oder Schüler und muss deshalb in den Erwachsenen-Tarif mit **Alterungsrückstellungen** wechseln.

Voraussetzung:

Eine Kündigung ist nur möglich, wenn sich der Beitrag für die versicherte Person durch die Änderung erhöht.

(5) Sie können das Versicherungsverhältnis für eine versicherte Person innerhalb von 2 Monaten kündigen, nachdem Sie eine Mitteilung über eine der folgenden Änderungen erhalten haben:

- Wir erhöhen die Beiträge wegen der Beitragsanpassungsklausel (Abschnitt B.3.)
oder

- wir mindern unsere Leistungen nach Abschnitt F.3. Absatz 1.

Die Kündigung ist dann ab dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung gültig.

Ausnahme:

Bei einer Erhöhung des Beitrags können Sie das Versicherungsverhältnis kündigen, bis die Erhöhung wirksam wird.

(6) Wenn wir die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklären, haben Sie folgendes Recht: Sie können verlangen, dass wir die übrigen Teile der Versicherung aufheben. Dafür gilt eine Frist von 2 Wochen, nachdem Sie unsere Erklärung über die Vertragsänderung erhalten haben. Die Aufhebung ist dann zu folgenden Zeitpunkten wirksam:

- Bei Anfechtung oder Rücktritt: Zum Schluss des Monats, in dem Sie unsere Erklärung erhalten haben.
- Bei Kündigung: Ab dem Zeitpunkt, an dem die Kündigung wirksam wird.

(7) Bei einem Versicherungsverhältnis das der Erfüllung der **Pflicht zur Versicherung** (§ 193 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) – siehe Anhang) dient, gelten folgende Voraussetzungen, damit eine Kündigung nach Absatz 1, 2, 4, 5 und 6 wirksam wird:

- Zeitgleich zur Vertragsbeendigung muss für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen werden. Dieser Vertrag muss die Anforderungen an die **Pflicht zur Versicherung** erfüllen.

und

- Sie müssen innerhalb von 2 Monaten nach Ihrer Erklärung der Kündigung nachweisen, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist.

Ausnahme:

Liegt der Termin, zu dem Sie kündigen, mehr als 2 Monate nach Ihrer Erklärung der Kündigung, müssen Sie uns den Nachweis bis zum Kündigungstermin senden.

Legen Sie uns diesen Nachweis nicht fristgerecht vor, ist die Kündigung unwirksam.

(8) Wenn Sie Ihre Krankheitskosten-Vollversicherung kündigen und gleichzeitig eine neue **substitutive Krankenversicherung** nach § 195 Absatz 1 Versicherungsvertragsgesetz (VVG – siehe Anhang) abschließen, haben Sie folgendes Recht: Sie können verlangen, dass wir die kalkulierten **Alterungsrückstellungen** der versicherten Person auf den neuen Versicherer übertragen. Für die Höhe der **Alterungsrückstellungen** gilt der im jeweiligen Tarif nach dem 31. Dezember 2008 aufgebaute **Übertragungswert** ab Beginn der Versicherung. Dies ist in § 146 Absatz 1 Ziffer 5 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) geregelt.

Ausnahme:

Für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Tarife gilt dies nicht.

(9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, können wir den **Übertragungswert** einbehalten bis der Beitrag vollständig bezahlt ist.

(10) Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Dabei müssen die versicherten Personen den künftigen Versicherungsnehmer benennen. Die versicherten Personen müssen diese Erklärung innerhalb von 3 Monaten nach der Kündigung abgeben. Als bisheriger Versicherungsnehmer müssen Sie nachweisen, dass die betroffenen versicherten Personen Ihre Kündigungserklärung kannten. Sonst ist die Kündigung unwirksam.

(11) Werden für Ihre Tarife **Alterungsrückstellungen** gebildet, haben Sie und die versicherten Personen das Recht, den gekündigten Vertrag als **Anwartschaftsversicherung** fortzusetzen. Wir müssen den entsprechenden Antrag auf Umwandlung des Versicherungsverhältnisses innerhalb von 3 Monaten erhalten, nachdem die Kündigung wirksam wurde.

(12) Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis einer versicherten Person weil eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung eingetreten ist, können Sie ab dem Zeitpunkt der Versicherungspflicht die Umstellung in eine Krankheitskosten-Zusatzversicherung verlangen. Dafür führen wir keine erneute **Gesundheitsprüfung** durch und es gelten keine Wartezeiten.

Voraussetzungen:

- Der gewünschte Tarif ist für neue Kunden geöffnet
- und
- wir erhalten den Antrag auf Umstellung innerhalb von 3 Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht
- und
- der Versicherungsschutz in der Krankheitskosten-Zusatzversicherung ist nicht höher oder umfassender als der bisherige.

Der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung gilt als Versicherungspflicht.

Eine nach den **technischen Berechnungsgrundlagen** gebildete **Alterungsrückstellung** rechnen wir an.

4. Kündigung durch uns

- (1) Wir verzichten auf unser ordentliches Kündigungsrecht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht gelten weiterhin.
- (3) Wir können die Kündigung auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränken.
- (4) Kündigen wir das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt Abschnitt D.3. Absatz 10 Satz 1 bis 3 entsprechend.

5. Sonstige Gründe für die Beendigung eines Versicherungsverhältnisses

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben aber das Recht, das Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Dabei müssen sie den künftigen Versicherungsnehmer benennen. Die Erklärung müssen sie innerhalb von 2 Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abgeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet das jeweilige Versicherungsverhältnis.
- (3) Das Versicherungsverhältnis endet, wenn wir Sie in dem Land, in das Sie Ihren Aufenthalt oder gewöhnlichen Aufenthalt verlegt haben, nicht mehr versichern dürfen. Das kann beispielsweise zutreffen, wenn wir in diesem Land eine Erlaubnis zum Betreiben des Versicherungsgeschäfts benötigen. Das Versicherungsverhältnis endet ab dem Zeitpunkt, von dem an wir Sie nicht mehr versichern dürfen.

Ausnahme:

Das Versicherungsverhältnis endet nicht, wenn Sie eine Umwandlung Ihres Versicherungsschutzes in eine **Anwartschaftsversicherung** beantragen.

(4) Bei einem rechtskräftigen Ehescheidungsurteil oder Trennungsurteil einer Lebenspartnerschaft nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz gilt folgende Regelung: Jeder Ehepartner/Lebenspartner hat das Recht, seinen Vertragsteil als selbstständiges Versicherungsverhältnis fortzusetzen. Dies gilt auch, wenn die Ehepartner/Lebenspartner getrennt leben.

E. Willenserklärungen und Informationen

Willenserklärungen und Informationen müssen Sie uns in Textform (Brief, E-Mail, Fax) senden.

Ausnahme:

Wir haben mit Ihnen eine erleichterte Form vereinbart (beispielsweise telefonisch).

F. Sonstige Bestimmungen

1. Aufrechnung

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

Ausnahme:

Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht können Sie nicht aufrechnen.

2. Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen Sie ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(2) Klagen gegen uns können Sie bei dem für Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt zuständigen Gericht einreichen. Darüber hinaus können Sie Klagen gegen uns auch bei dem Gericht an unserem Firmensitz einreichen.

(3) Unabhängig davon, wer klagt, ist in diesen Fällen das Gericht an unserem Firmensitz zuständig:

- Sie verlegen nach Abschluss des Vertrags Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland oder
- Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt ist uns zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt.

3. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Änderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können wir die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen anpassen.

Voraussetzungen:

- Die Änderungen erscheinen zur hinreichenden Wahrung der Interessen der Versicherungsnehmer notwendig und
- ein unabhängiger Treuhänder hat die Voraussetzungen für die Änderungen geprüft und ihre Angemessenheit bestätigt.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen folgt. In der Mitteilung müssen wir Ihnen auch die wesentlichen Gründe für die Änderungen nennen.

(2) Wurde eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchststrichterliche Entscheidung oder einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen.

Voraussetzungen:

- Dies ist zur Fortführung des Vertrags notwendig oder
- das Festhalten an dem Vertrag würde ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine **unzumutbare Härte** darstellen.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie das Vertragsziel wahrt und die Interessen der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Wir teilen Ihnen die neue Regelung und die hierzu führenden Gründe mit. Zwei Wochen nach dieser Mitteilung wird die neue Regelung Bestandteil Ihres Vertrags.

4. Wechsel in den Basistarif

Sie können verlangen, dass eine versicherte Person in den Basistarif mit **Höchstbeitragsgarantie** und **Beitragsminderung** bei Hilfebedürftigkeit wechseln kann.

Voraussetzungen:

- Die bestehende Krankheitskosten-Vollversicherung der versicherten Person wurde erstmals nach dem 1. Januar 2009 abgeschlossen

- oder
- die versicherte Person hat das 55. Lebensjahr vollendet
- oder
- die versicherte Person hat das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet, aber die Voraussetzungen für eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt
- oder
- die versicherte Person bezieht ein **Ruhegehalt** nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften
- oder
- die versicherte Person ist hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch.

Der Wechsel ist jederzeit möglich, wenn die versicherte Person die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt. Die Versicherung im Basistarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf Ihren Antrag auf Wechsel in den Basistarif folgt.

Damit wir die **Höchstbeitragsgarantie** und die **Beitragsminderung** im Basistarif durchführen können, erheben wir einen Zuschlag. Dieser Zuschlag ist in den **technischen Berechnungsgrundlagen** festgelegt.

5. Wechsel in den Standardtarif

Sie können verlangen, dass eine versicherte Person in den Standardtarif mit **Höchstbeitragsgarantie** wechseln kann.

Voraussetzungen:

- Die Krankheitskosten-Vollversicherung für die versicherte Person wurde vor dem 01. Januar 2009 abgeschlossen
- und
- die versicherte Person erfüllt die Voraussetzungen des § 257 Absatz 2, 2a und 2b Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang).

Neben dem Standardtarif darf für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskosten-Teilversicherung oder -Vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich. Die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf Ihren Antrag auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

Damit wir die Beitragsgarantie im Standardtarif durchführen können, erheben wir einen Zuschlag. Dieser Zuschlag ist in den **technischen Berechnungsgrundlagen** festgelegt.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

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

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Glossar

Alterungsrückstellung bezeichnet den Betrag, den wir für den Ausgleich der höheren Krankheitskosten unserer Versicherten im Alter verzinslich sparen.

Anwartschaftsversicherung: Die Anwartschaftsversicherung kann zur Erhaltung Ihrer Rechte aus dem Versicherungsvertrag unter bestimmten Voraussetzungen für einen begrenzten Zeitraum abgeschlossen werden. Beispiele dafür sind die Zeiten der gesetzlichen Krankenversicherungspflicht, des Anspruchs auf **freie Heilfürsorge** oder ein längerer Aufenthalt im Ausland. Eine vollständige Aufzählung der Voraussetzungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Anwartschaftsversicherung.

Die Anwartschaftsversicherung garantiert bei Wegfall der Voraussetzung das Wiederaufleben des Versicherungsvertrags zu den ursprünglichen Bedingungen. Dabei verzichten wir auf eine erneute **Gesundheitsprüfung**. Wenn bereits **Alterungsrückstellungen** gebildet wurden, rechnen wir diese beitragsenkend an.

Arglistige Täuschung liegt vor, wenn Tatsachen falsch dargestellt oder verschwiegen werden, beispielsweise bei Antworten auf die Gesundheitsfragen im Antrag. Der Täuschende weiß und will, dass sein Verhalten zu einem Irrtum beim Versicherer führt.

Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit betrifft ausschließlich den Basistarif. Ist eine Person hilfebedürftig, halbiert sich der Beitrag für den Basistarif, solange die Hilfebedürftigkeit besteht. Das gilt auch, wenn die Person erst durch die Zahlung des Beitrags für den Basistarif hilfebedürftig werden würde. Ob Hilfebedürftigkeit besteht, bestimmt sich nach sozialrechtlichen Vorschriften.

Beitreibungskosten sind Kosten, die uns entstehen, wenn wir eine Forderung zwangsweise durchsetzen müssen. Das sind beispielsweise Gerichtsvollzieherkosten oder Pfändungskosten.

Beobachtungseinheit: Innerhalb eines Tarifs unterscheiden wir zwischen Personengruppen, die eine ähnliche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufweisen. Diese bilden eine Beobachtungseinheit. Beobachtungseinheiten für die Tarife dieser AVB sind Erwachsene einschließlich Studenten und Schüler (ab 16 Jahre) sowie Kinder.

Europäischer Wirtschaftsraum: Der Europäische Wirtschaftsraum (EWR) ist eine vertiefte Freihandelszone zwischen der Europäischen Union und der Europäischen Freihandelsassoziation (EFTA). Vertragsstaaten sind die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union sowie Island, Liechtenstein und Norwegen.

Gesundheitsprüfung: Bewertung, die wir beispielsweise vor Abschluss eines Vertrags vornehmen. Anhand des Gesundheitszustands des Antragstellers berechnen wir das objektive und subjektive Versicherungsrisiko. Das Ergebnis hat Einfluss auf die Annahmemeinung und die Beitragsberechnung.

Gleichartiger Versicherungsschutz: Gleichartigkeit zwischen zwei Tarifen liegt vor, wenn die Tarifleistungen denselben Leistungsbereichen zuzuordnen sind. Leistungsbereiche sind zum Beispiel die Kostenerstattung für die ambulante Heilbehandlung, die stationäre Heilbehandlung oder Zahnbehandlung und Zahnersatz. Zwischen einer **substitutiven Krankenversicherung** und einem Ergänzungsschutz zur gesetzlichen Krankenversicherung (Zusatzversicherung) besteht keine Gleichartigkeit.

Grobe Fahrlässigkeit beschreibt eine innere Einstellung zu einer Handlung. Grob fahrlässig handelt, wer die in der jeweiligen Situation erforderliche Sorgfalt in besonders hohem Maße verletzt. Selbst das Einfachste, jedem Einleuchtende wird nicht beachtet.

Ein Beispiel: Einfahren in eine Kreuzung bei Rotlicht.

Heilfürsorge (freie, gesetzliche): Bei der Heilfürsorge werden Krankheitskosten bestimmter Beamtengruppen sowie von Strafgefangenen und Patienten im Maßregelvollzug von deren Dienstherrn oder den Bundesländern übernommen.

Höchstbeitragsgarantie: Der Beitrag im Basistarif und im Standardtarif ist auf den Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt.

Krankenversicherung, die die Pflicht zur Versicherung erfüllt: Seit 01.01.2009 sind alle Personen mit Wohnsitz in Deutschland verpflichtet, eine Krankenversicherung abzuschließen. Diese Krankenversicherung muss Leistungen für die ambulante und stationäre Behandlung vorsehen. Wir können eine Krankenversicherung, die die Pflicht zur Versicherung erfüllt, nicht kündigen.

Kriminogene Indikation: Eine der Indikationen für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch. Bei dieser besteht Grund zu der Annahme, dass die Schwangerschaft Folge einer Sexualstraftat ist.

Länderspezifischer Beitragszuschlag: Dieser Beitragszuschlag wird in Ländern erhoben, deren Gesundheitsausgaben deutlich höher sind als die Gesundheitsausgaben in Deutschland. Eine Liste dieser Länder ist unter www.sdk.de/laenderspezifischerbeitragszuschlag aufgeführt. Der Beitragszuschlag wird ab dem 183. Tag des Aufenthalts (in diesen Ländern) erhoben.

Leistungsausschluss: Vertragliche Vereinbarung, mit der wir Leistungen für bestimmte Erkrankungen vom Versicherungsschutz ausschließen. Einen Leistungsausschluss vereinbaren wir beispielsweise, wenn erhebliche Erkrankungen schon vor Versicherungsbeginn bestehen.

Notlagentarif: Zum 01. August 2013 eingeführter einheitlicher Tarif der Privaten Krankenversicherungen. Versicherte, die Ihre Beiträge nicht zahlen, stellen wir nach einem Mahnverfahren in den Notlagentarif um. Sie zahlen dort niedrige Beiträge. Die Leistungen sind allerdings im Wesentlichen auf Schmerzzustände und akute Erkrankungen begrenzt.

Obliegenheiten sind Mitwirkungspflichten. Werden diese nicht beachtet, können daraus nachteilige Folgen entstehen.

Ein Beispiel: Wir können Sie auffordern, sich durch einen Arzt untersuchen zu lassen, um festzustellen, ob wir leisten müssen. Nehmen Sie die ärztliche Untersuchung nicht wahr, können unsere Leistungen gemindert werden oder ganz entfallen.

Palliativ-Versorgung: siehe **spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung**.

Risikozuschlag: Für die meisten Tarife führen wir vor Vertragsbeginn eine **Gesundheitsprüfung** durch. Bei Krankheiten, bei denen eine erhöhte Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wahrscheinlich ist, gehen wir wie folgt vor: Wir gleichen die voraussichtlichen Mehrkosten gegenüber einer gesunden Person durch einen dauerhaften oder vorübergehenden Zuschlag auf den Beitrag aus. Diesen Zuschlag nennt man Risikozuschlag.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung: Die in der Privaten Krankenversicherung entstehenden Überschüsse (siehe **Überschussbeteiligung**) müssen den Versicherten nicht unmittelbar zugeteilt werden. Sie können auch der sogenannten Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführt werden.

Die zugewiesenen Beträge dürfen wir grundsätzlich nur für die **Überschussbeteiligung** der Versicherten verwenden. In Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung im Interesse der Versicherten für andere Zwecke verwenden.

Ruhegehalt erhält ein Beamter oder Richter nach Eintritt in den Ruhestand.

Ruhen (Ruhensversicherung, Ruhensgrund, Ruhenszeit): Beim Ruhen werden die Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag vorübergehend außer Kraft gesetzt. Obwohl der Vertrag weiterhin besteht, müssen Sie keine Beiträge zahlen und wir müssen nicht leisten. Dieser Zustand kann nur für eine vorher bestimmte Zeit (Ruhenszeit) und nur in besonderen Fällen bestehen. Ruhensgründe sind beispielsweise der vorübergehende Eintritt einer Versicherungspflicht oder vorübergehende Freiwilligendienste.

Ruhen des Vertrages nach Beitragsrückstand: Wenn Sie Ihre Beiträge nicht zahlen, kann der Vertrag ebenfalls ruhen. Dafür ist ein gesetzlich vorgeschriebenes Mahnverfahren notwendig. Das **Ruhen** tritt dann ohne eine besondere Vereinbarung zwischen Ihnen und uns ein. Während der **Ruhenszeit** sind Sie im **Notlagentarif** versichert. Die Beiträge müssen Sie weiterhin zahlen.

Spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung: Die Palliativ-Versorgung ist ausgerichtet auf die Schmerzlinderung, aber nicht mehr auf die Heilung einer Krankheit. Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung (SAPV) bezeichnet ein Gesamtkonzept zur Beratung, Begleitung und Versorgung schwerkranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase.

Sterbewahrscheinlichkeit stellt die Sterblichkeit von Personen abhängig von deren Alter dar. Nach der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung müssen Sterbewahrscheinlichkeiten bei der Berechnung des Beitrags berücksichtigt werden.

Stundung: Wenn jemand unerwartet vereinbarte Zahlungen nicht leisten kann, kann der Vertragspartner die Zahlung stunden. Das bedeutet: Die Zahlung muss erst zu einem späteren Zeitpunkt geleistet werden. Durch die Stundung gerät der Zahlungspflichtige nicht in Verzug und die Forderung kann auch nicht eingeklagt werden.

Substitutive Krankenversicherung bezeichnet eine Versicherung, die ganz oder teilweise den gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann. Dies trifft in der Regel auf die Krankheitskosten-Vollversicherung zu.

Tarifwechselrecht: Anspruch des Versicherungsnehmers auf eine Änderung seines Vertrages. Das bedeutet: Sie haben das Recht, in einen anderen Tarif mit **gleichartigem Versicherungsschutz** zu wechseln. Dabei rechnen wir die **Alterungsrückstellung** an.

Technische Berechnungsgrundlagen: In den technischen Berechnungsgrundlagen sind alle für die Beitragsberechnung erforderlichen Informationen enthalten (beispielsweise Formeln, verwendete statistische Daten).

Überschussbeteiligung: Nach der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung sind die Rechnungsgrundlagen, die zur Berechnung der Prämien und der **Alterungsrückstellungen** dienen, mit ausreichenden Sicherheiten zu versehen. Dies ist notwendig, um den Versicherungsschutz langfristig gewährleisten zu können. Durch die einzukalkulierenden Sicherheiten entstehen zwangsläufig Überschüsse, beispielsweise, wenn wir höhere Zinserträge erwirtschaften als eingerechnet. Überschüsse können auch durch ein positives Risikoergebnis entstehen, also wenn die tatsächlichen Kosten in den Tarifen geringer sind als eingerechnet.

An den Überschüssen beteiligen wir die Versicherten in der Privaten Krankenversicherung nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes. Arten der Überschussverwendung sind beispielsweise die Minderung von Beitragserhöhungen oder die Senkung der Beiträge.

Übertragungswert ist ein Teil der gebildeten **Alterungsrückstellungen** der bei einem Wechsel des Versicherers mitgegeben wird.

Unverzüglich: Eine Handlung soll ohne unnötige, nicht durch die Sachlage begründete Verzögerung vorgenommen werden. Als Obergrenze für ein unverzügliches Handeln gilt ein Zeitraum von zwei Wochen.

Unzumutbare Härte: Eine Situation, bei der es unter Berücksichtigung der beiderseitigen Interessen einem Vertragspartner nicht zuzumuten ist, an dem Vertrag weiter festzuhalten.

Versicherungsfähigkeit: Eigenschaft der versicherten Person, welche dieser die Aufnahme in einen bestimmten Tarif ermöglicht. So ist beispielsweise für Personen mit Beihilfeberechtigung die Aufnahme in Beamtentarife (Beihilfeergänzungstarife) möglich.

Versicherungsjahr ist die Zeit vom 01. Juli eines Jahres bis zum 30. Juni des folgenden Jahres. Das erste Versicherungsjahr ist die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 30. Juni.

Vorsatz bezeichnet die innere Einstellung der handelnden Person. Vorsätzlich handelt, wer weiß und will, dass durch sein Handeln ein bestimmter Zweck verwirklicht wird.

Ein Beispiel: Auf die ausdrückliche Frage im Antrag wird eine Knieoperation, an die man sich sehr gut erinnert, bewusst nicht angegeben. Ziel ist es, einen Vertrag ohne Beitragszuschlag abzuschließen.

Willenserklärung: Kundgabe (Erklärung) des Willens einer Person, die einen Erfolg beabsichtigt. Beispielsweise eine Kündigungserklärung, die das Ende eines Vertrags herbeiführen soll.

Anhang

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) [in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung]

§ 1 Form und Voraussetzungen

- (1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.
- (2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.
- (3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden
 1. mit einer Person, die minderjährig oder mit einer dritten Person verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
 2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
 3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
 4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.
- (4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Versicherungsvertragsgesetz

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

§ 19 Anzeigepflicht

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

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

Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

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

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

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

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

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

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung

des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 195 Versicherungsdauer

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

Versicherungsaufsichtsgesetz

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

...

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungsersatzung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte (in der Fassung bis 31.12.2008)

(2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder auf Grund von § 6 Abs. 3a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Betrages, der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der nach § 226 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und § 232a Abs. 2 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch die Hälfte des Betrages, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Personen, die bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, sind bei Berechnung des Zuschusses neun Zehntel des in Satz 2 genannten Beitragssatzes anzuwenden. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz 1 Satz 3 mit der Maßgabe, daß sie höchstens den Betrag erhalten, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Absatz 1 Satz 2 gilt.

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
- 2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
- 2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,
- 2c. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen,
3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und
5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz im Geltungsbereich dieses Gesetzes hat.

Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

(2b) Zur Gewährleistung der in Absatz 2a Satz 1 Nr. 2 und 2a bis 2c genannten Begrenzung sind alle Versicherungsunternehmen, die die nach Absatz 2 zuschussberechtigte Krankenversicherung betreiben, verpflichtet, an einem finanziellen Spitzenausgleich teilzunehmen, dessen Ausgestaltung zusammen mit den Einzelheiten des Standardtarifs zwischen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht und dem Verband der privaten Krankenversicherung mit Wirkung für die beteiligten Unternehmen zu vereinbaren ist und der eine gleichmäßige Belastung dieser Unternehmen bewirkt. Für in Absatz 2a Satz 1 Nr. 2c genannte Personen, bei denen eine Behinderung nach § 4 Abs. 1 des Gesetzes zur Eingliederung Schwerbehinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft festgestellt worden ist, wird ein fiktiver Zuschlag von 100 vom Hundert auf die Bruttoprämie angerechnet, der in den Ausgleich nach Satz 1 einbezogen wird.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Vollversicherung

Stand: 01.01.2024

Teil IIa: Tarife AM10, AM11, AM12, AM13 für die ambulante Heilbehandlung

Die Tarife (Teil IIa der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gelten nur zusammen mit Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Inhaltsverzeichnis

Leistungsübersicht	2
Selbstbeteiligung	2
Versicherungsleistungen	2
A. Unsere Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung in Deutschland	3
1. Ärztliche Behandlung und ambulante Behandlung durch Heilpraktiker	3
2. Arznei- und Verbandmittel	3
3. Heilmittel	4
4. Hilfsmittel (außer Hör- und Sehhilfen)	4
5. Hörhilfen und Sehhilfen	5
6. Refraktive Chirurgie (beispielsweise Lasik)	5
7. Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen	5
8. Prävention und Kuren	6
9. Frühförderung, Soziotherapie und Sozialpädiatrische Zentren	6
10. Psychotherapie	7
11. Maßnahmen zur Entwöhnung	7
12. Ambulante Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation	7
13. Behandlungspflege, häusliche Krankenpflege und ambulante Palliativ-Medizin	7
14. Fahrt- und Transportkosten bei ambulanten Heilbehandlungen	8
15. Kinderwunschbehandlung	8
16. Pränatal-Diagnostik	9
17. Hebammen und Entbindungspfleger	9
18. Haushaltshilfen	9
19. Pauschale zur Kinderbetreuung	9
20. Medizinische Schulungen für chronisch Kranke	10
21. Kommunikationshilfen	10
22. Digitale Gesundheitsanwendungen	10
B. Unsere Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung im Ausland	10
C. Wechsel des Tarifs (Optionsrechte)	11
1. Wechsel in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen	11
2. Wechsel in einen Tarif mit geringeren Leistungen	12
3. Beruflicher Wechsel von einem Angestelltenverhältnis oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis	12
4. Wechsel der tariflichen Selbstbeteiligung	12
D. Anpassung der Erstattungsgrenzen	12
E. Zuordnung der Kosten	13
F. Kombination mit anderen Tarifen	13
Glossar	14

Leistungsübersicht

Unsere wichtigsten Tarifleistungen nennen wir Ihnen in der folgenden Übersicht.

Wir erstatten unter Berücksichtigung der mit uns vereinbarten tariflichen Selbstbeteiligung 100 % für:

- ambulante ärztliche Behandlung
- Arznei- und Verbandmittel
- Heilmittel
- Hilfsmittel
- Sehhilfen max. 1.000 EUR (alle 3 Jahre)
- Vorsorgeuntersuchungen
- Heilpraktiker max. 1.000 EUR pro Jahr
- Psychotherapie

Ausführliche Informationen zu den Tarifleistungen finden Sie in den nachfolgenden Abschnitten A. und B.

In dieser Tarifbeschreibung finden Sie alle Regelungen für die ambulante Heilbehandlung. Dabei sind auch Fachbegriffe notwendig, die nicht immer leicht zu verstehen sind. Einige wichtige Fachbegriffe haben wir **fett** hervorgehoben. Diese erklären wir Ihnen in einem Glossar ab Seite 13.

Selbstbeteiligung

Von unseren tariflichen Leistungen ziehen wir die vereinbarte Selbstbeteiligung ab. Diese beträgt pro versicherter Person und Kalenderjahr:

Im Tarif AM10 0 EUR (Es besteht keine Selbstbeteiligung).

Im Tarif AM11 10 % der **erstattungsfähigen Rechnungsbeträge**, maximal 240 EUR.

Im Tarif AM12 20 % der **erstattungsfähigen Rechnungsbeträge**, maximal 480 EUR.

Im Tarif AM13 30 % der **erstattungsfähigen Rechnungsbeträge**, maximal 960 EUR.

Bei Kindern verringert sich die maximale Selbstbeteiligung um die Hälfte. Diese reduzierte Selbstbeteiligung gilt bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem das Kind das 15. Lebensjahr vollendet.

Ein Beispiel: Das Kind hat seinen 15. Geburtstag am 12. August 2032. Dann gilt die reduzierte Selbstbeteiligung noch bis zum 31. Dezember 2032.

Ausnahme:

Keine Selbstbeteiligung besteht für:

- lebenserhaltende Hilfsmittel (mehr dazu finden Sie in Abschnitt A.4. Absatz 6),
- Hilfsmittel, die Sie über unseren Hilfsmittelservice beziehen (mehr dazu finden Sie in Abschnitt A.4. Absatz 7) sowie
- Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen bis zu einem **erstattungsfähigen Rechnungsbetrag** von insgesamt 500 EUR pro Kalenderjahr (mehr dazu finden Sie in Abschnitt A.7. Absatz 1 und 2).

Voraussetzung:

Diese Leistungen sind in den Rechnungen als eigenständige Leistungen zur Vorsorge ausgewiesen (separate Rechnung).

Im Kalenderjahr, in dem die Versicherung beginnt, reduziert sich die vereinbarte Selbstbeteiligung für jeden nicht versicherten Monat um 1/12. Das gilt auch, wenn die Versicherung nach den Tarifen AM11, AM12 oder AM13 während eines Kalenderjahres endet. Diese Regelung gilt außerdem, wenn Sie eine höhere oder niedrigere Selbstbeteiligung wählen.

Sie können Ihre Selbstbeteiligung immer zum 1. des nächsten Monats ändern. Die Änderung müssen Sie bei uns beantragen. Bitte stellen Sie Ihren Antrag in Textform (Brief, E-Mail, Fax).

Versicherungsleistungen

Die Leistungen unter den Abschnitten A. und B. erstatten wir zu 100 %.

Voraussetzung:

Die jeweils festgelegten tariflichen Erstattungsgrenzen werden nicht überschritten.

Eine tariflich vereinbarte Selbstbeteiligung ziehen wir von unserer Erstattung ab. Beträge, welche die jeweils vereinbarten tariflichen Erstattungsgrenzen übersteigen, werden nicht auf die Selbstbeteiligung angerechnet.

A. Unsere Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung in Deutschland

1. Ärztliche Behandlung und ambulante Behandlung durch Heilpraktiker

Ärztliche Behandlung

(1) Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen zugelassenen (**approbierten**) Ärzten frei wählen. Versichert ist auch die ambulante Behandlung durch **approbierte** Ärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum oder einem Krankenhaus (beispielsweise eine Krankenhausambulanz).

(2) Versichert sind auch die Leistungen einer Laborgemeinschaft oder eines Zentrums für Radiologie.

(3) Versichert sind die Kosten für ärztliche Leistungen. Dazu gehört auch die **naturheilkundliche Behandlung** durch Ärzte.

Ärztliche Leistungen sind zum Beispiel:

- Beratungen,
- Besuche,
- Untersuchungen,
- Behandlungen,
- Operationen sowie
- Wegegebühren (beispielsweise Hausbesuche).

(4) Wir erstatten ärztliche Abrechnungen, die der jeweils gültigen **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** entsprechen. Wir erstatten auch ärztliche Leistungen, die auf einer Honorarvereinbarung nach der jeweils gültigen **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** beruhen. Dies ist eine rechtswirksame Vereinbarung, bei der die Höhe der Gebühren von der jeweils gültigen **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** abweicht.

Ambulante Behandlung durch Heilpraktiker

(5) Versichert ist die Behandlung durch Heilpraktiker.

Voraussetzung:

Der Heilpraktiker erfüllt die Anforderungen nach dem deutschen Heilpraktikergesetz.

(6) Wir erstatten folgende Kosten:

- Abrechnungen nach dem gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) sowie
- alle Naturheilverfahren nach dem Hufelandverzeichnis in der jeweils gültigen Fassung.

Der maximal **erstattungsfähige Rechnungsbetrag** beträgt insgesamt 1.000 EUR pro Kalenderjahr.

(7) Wir erstatten auch Arznei-, Heil- und Verbandmittel, sowie Digitale Gesundheitsanwendungen, die ein Heilpraktiker verordnet. Diese fallen nicht unter die Erstattungsgrenze von 1.000 EUR pro Kalenderjahr.

(8) Wir erstatten keine Kosten für Psychotherapie durch Heilpraktiker.

2. Arznei- und Verbandmittel

(1) Versichert sind die Kosten für Arznei- und Verbandmittel.

(2) Wir erstatten zum Beispiel auch:

- Nährstofflösungen,
- Zubehör und Applikationshilfen zur künstlichen Ernährung,
- Teststreifen für Blut- und Harnstoffmessungen sowie
- Stoma-, Tracheostoma- und Inkontinenz-Artikel.

Bei medizinischer Notwendigkeit erstatten wir auch:

- Nahrungsergänzungsmittel,
- Stärkungsmittel (auch sexuelle) sowie
- Desinfektionsmittel.

(3) Arznei- und Verbandmittel müssen von den unter Abschnitt A.1., A.10. oder A.17. genannten Behandelnden oder von Zahnärzten verordnet werden. Sie müssen die Arznei- und Verbandmittel darüber hinaus aus einer Apotheke beziehen. Dazu gehören auch Versand- und Internet-Apotheken.

(4) Für Mittel, die auch der individuellen Lebensführung dienen, erstatten wir keine Kosten. Dies gilt auch dann, wenn sie verordnet wurden. Solche Mittel sind zum Beispiel:

- Badezusätze,
- Mineralwässer,
- Fruchtsäfte,

- Tees,
- Weine oder
- Kosmetika.

3. Heilmittel

(1) Heilmittel sind versichert. Heilmittel sind zum Beispiel:

- Hydrotherapie (beispielsweise medizinische Bäder),
- Massagen,
- Kälte- und Wärmetherapie (beispielsweise Packungen),
- Inhalationen,
- mechanische Behandlung (beispielsweise Behandlung mit einem Schlingentisch),
- Lichttherapie (beispielsweise Behandlung mit Ultraviolett-Licht),
- Bestrahlungen (beispielsweise Behandlung mit Heißluft)
- Behandlung mit elektrischem Strom (beispielsweise Behandlung mit Reizstrom),
- Atmungsbehandlung,
- logopädische Behandlung einschließlich Stimmbildungen,
- Schwangerschaftsgymnastik, Kurse zur Geburtsvorbereitung sowie Rückbildungs- und Wochenbettgymnastik,
- Krankengymnastik und Übungsbehandlungen (beispielsweise manuelle Therapie, Chirogymnastik),
- Beschäftigungstherapie (Ergotherapie),
- osteopathische Behandlung,
- medizinische Fußpflege (Podologie),
- therapeutisches Reiten (Hippotherapie) sowie
- Bewegungstherapie (Heileurythmie).

(2) Wir erstatten die tatsächlich entstandenen Kosten, wenn diese für Deutschland üblich sind. Wir übernehmen auch die Kosten für Hausbesuche, wenn diese medizinisch notwendig sind.

(3) Folgende Fachkräfte dürfen Heilmittel erbringen:

- Ärzte,
- Heilpraktiker sowie
- nach Verordnung durch Ärzte oder Heilpraktiker: andere staatlich geprüfte oder staatlich anerkannte Angehörige von Gesundheitsberufen oder medizinischen Assistenzberufen. Das sind zum Beispiel:
 - Osteopathen, Physiotherapeuten, Logopäden,
 - Sonderschullehrer oder Diplom-Pädagogen mit dem Schwerpunkt Sprachbehindertenpädagogik,
 - Ergotherapeuten, Podologen, Masseur sowie Hebammen und Entbindungspfleger.

4. Hilfsmittel (außer Hör- und Sehhilfen)

(1) Versichert sind ärztlich verordnete Hilfsmittel, die

- Behinderungen und Folgen einer Krankheit oder eines Unfalls direkt mildern oder ausgleichen und
- den Erfolg einer Heilbehandlung sichern oder
- das Leben erhalten.

Hilfsmittel sind auch Geräte für diagnostische oder therapeutische Zwecke (beispielsweise ein Blutzuckermessgerät oder eine Bewegungsschiene). Wir erstatten außerdem die Kosten für die Anschaffung eines Blindenführtieres einschließlich Training zur Orientierung und Mobilität.

(2) Wir erstatten auch die Kosten für:

- Wartung und Reparatur von Hilfsmitteln nach Absatz 1 Satz 1 und 2 sowie
- Trainingsmaßnahmen der versicherten Person zum Umgang mit Hilfsmitteln.

(3) Wir erstatten keine Kosten für den Unterhalt, den Betrieb, die Pflege und die Reinigung von Hilfsmitteln. Das sind zum Beispiel Kosten für Strom, den Ersatz von Batterien, Akkus oder Ladegeräten.

(4) Wir erstatten keine Kosten für folgende Geräte – auch wenn diese ärztlich verordnet sind:

- Geräte, die überwiegend zum Fitness-, Wellness- und/oder Entspannungsbereich gehören (beispielsweise Ergometer und Heimtrainer) sowie
- Geräte zur allgemeinen Lebensführung. Das sind zum Beispiel:
 - Fieberthermometer, Puls- und Blutdruckmessgeräte, Waagen,
 - Wärmelampen, Heiz- und Kältekissen sowie
 - Mund- und Nasenduschen sowie Zahnbürsten.

(5) Kosten, für die die Pflegepflichtversicherung leisten muss, erstatten wir nicht.

(6) Auf lebenserhaltende Hilfsmittel rechnen wir die vereinbarte Selbstbeteiligung nicht an. Lebenserhaltend sind Hilfsmittel, ohne deren Einsatz direkt eine lebensbedrohliche Situation entsteht.

Das sind zum Beispiel:

- Beatmungsgeräte,
- Atem-/Herzfrequenzmonitore,
- Heimdialysegeräte,
- Life Vest sowie
- Sauerstoffkonzentratoren.

(7) Wir unterstützen Sie bei der Auswahl und Anschaffung eines geeigneten Hilfsmittels über unseren Hilfsmittelservice. Gerne prüfen wir auch für Sie, ob Sie ein gleichwertiges Hilfsmittel zu einem günstigeren Preis erhalten können. Informationen zum Hilfsmittelservice der SDK finden Sie auf www.sdk.de/hilfsmittelservice. Wenn Sie ein Hilfsmittel über unseren Hilfsmittelservice beziehen, rechnen wir die vereinbarte Selbstbeteiligung nicht an.

5. Hörhilfen und Sehhilfen

(1) Wir erstatten die Kosten für Hörgeräte und Tinnitus-Masker/Noiser.

(2) Wir erstatten Kosten für Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen einschließlich Reparaturen. Der maximal **erstattungsfähige Rechnungsbetrag** beträgt insgesamt 1.000 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn. Dieser Betrag ist unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen und Reparaturen.

(3) Wir erstatten keine Kosten für den Unterhalt, den Betrieb, die Pflege und die Reinigung. Vor allem erstatten wir keine Batterien.

6. Refraktive Chirurgie (beispielsweise Lasik)

Versichert sind Operationen der refraktiven Chirurgie (beispielsweise Lasik, also Augenlasern).

Voraussetzung:

Die versicherte Person ist ununterbrochen 36 Monate in unserer Krankheitskosten-Vollversicherung versichert.

Der maximal **erstattungsfähige Rechnungsbetrag** beträgt insgesamt 3.000 EUR pro Auge und Versicherungsfall. Sind nach einer solchen Operation erneut Sehhilfen nötig, so sind diese im tariflichen Umfang versichert.

7. Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

(1) Versichert sind die Kosten für ambulante Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten. Versichert sind auch die Kosten für die Vorsorge während der Schwangerschaft.

Nicht versichert sind Kosten für private und dienstliche Zwecke (beispielsweise eine Untersuchung zur Flugtauglichkeit).

(2) Wir erstatten Kosten für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut (STIKO) empfiehlt. Darüber hinaus erstatten wir:

- die Gripeschutzimpfung,
- die Zeckenschutzimpfung (FSME),
- die Malaria-Prophylaxe,
- Impfungen für berufsbedingte Aufenthalte im Ausland sowie
- Reiseimpfungen.

Bei Leistungen für Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen gilt:

Bis zu einem **erstattungsfähigen Rechnungsbetrag** von insgesamt 500 EUR pro Kalenderjahr bleibt Ihr Anspruch auf Beitragsrückerstattung (vgl. Teil I, Abschnitt B.4.) erhalten. Wir rechnen für diese Leistungen auch eine tariflich vereinbarte Selbstbeteiligung nicht an.

Voraussetzung:

Diese Leistungen sind in einer separaten Rechnung als selbstständige Leistungen zur Vorsorge ausgewiesen.

8. Prävention und Kuren

(1) Für Maßnahmen zur Prävention beträgt der maximal **erstattungsfähige Rechnungsbetrag** insgesamt 500 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.

Wir erstatten die Kosten für:

- präventives Rückentraining,
- Herz-Kreislauf-Training (auch Koronar-, Herz- und Rehasport),
- Rheumaliga/-sport,
- autogenes Training,
- progressive Muskelentspannung,
- Kurse zur gesunden Ernährung oder persönlichen Ernährungsberatung sowie
- Nichtraucherseminare.

Voraussetzungen für die Erstattung der letzten beiden Punkte sind:

- Der Kurs oder das Seminar stärken die eigenen Fähigkeiten zur gesunden Lebensführung. Zudem soll ein selbstständiges und aktives Gesundheitsverhalten gefördert werden (§ 20 Absatz 1 des Sozialgesetzbuches, Fünftes Buch (SGB V)). Von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifizierte Kurse erfüllen diese Voraussetzung. Der Anbieter muss dies auf einer Teilnahmebescheinigung bestätigen und
- Sie haben mindestens 80 % der Kurseinheiten besucht und schicken uns darüber eine vom Anbieter ausgestellte Teilnahmebescheinigung und
- Sie bescheinigen uns die Zahlung der angefallenen Kosten durch eine Quittung. Die Kosten dürfen nicht mit Mitgliedsbeiträgen verrechnet werden.

(2) Wir erstatten keine Mitgliedsbeiträge (beispielsweise in Sportvereinen oder Fitnesszentren).

(3) Für ambulante und stationäre Kuren beträgt der maximal **erstattungsfähige Rechnungsbetrag** insgesamt 2.000 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn. Dies gilt zum Beispiel auch für Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kuren.

Wir erstatten die Kosten für:

- Unterbringung,
- Verpflegung,
- ärztliche Behandlung sowie
- Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln.

9. Frühförderung, Soziotherapie und Sozialpädiatrische Zentren

(1) Versichert sind Leistungen der Frühförderung nach der Frühförderungsverordnung (FrühV).

Voraussetzungen:

- Es handelt sich um Maßnahmen, die als Heilbehandlung gelten und
- die Maßnahmen werden wegen einer Krankheit angewendet.

Wir erstatten die Kosten, wenn kein Sozialhilfeträger diese übernimmt.

(2) Wir erstatten Kosten für die Soziotherapie.

Voraussetzungen:

- Die versicherte Person kann wegen schwerer psychischer Erkrankung ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen nicht selbstständig in Anspruch nehmen und
- durch die Soziotherapie wird eine Behandlung im Krankenhaus vermieden oder verkürzt oder eine Krankenhausbehandlung ist notwendig, aber nicht ausführbar und
- ein Facharzt für Psychiatrie oder Nervenheilkunde verordnet die Soziotherapie.

Nach Verordnung kann die Soziotherapie bei einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Leistungserbringer durchgeführt werden.

Wir erstatten maximal 120 Stunden pro Versicherungsfall innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.

(3) Bei Kindern ist die Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren versichert, die für die ambulante sozialpädiatrische Behandlung von Kindern zugelassen sind.

Voraussetzung:

Das versicherte Kind kann aus folgenden Gründen nicht von geeigneten Ärzten oder Frühförderstellen behandelt werden:

- wegen der Art, Schwere oder Dauer seiner Krankheit oder
- wegen einer drohenden Krankheit.

(4) Bei einer Behandlung nach den Absätzen 1 bis 3 erstatten wir die Kosten, die gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbar wären.

10. Psychotherapie

(1) Versichert ist die ambulante Psychotherapie durch niedergelassene:

- Ärzte,
- nicht-ärztliche, zugelassene (**approbierte**) psychologische Psychotherapeuten sowie
- nicht-ärztliche, zugelassene (**approbierte**) Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten.

(2) Wir erstatten Abrechnungen, die der jeweils gültigen **Gebührenordnung** entsprechen.

(3) Folgende Kosten erstatten wir nicht:

- Behandlungen zur beruflichen, schulischen oder sozialen Anpassung oder Förderung (beispielsweise Ehe-, Erziehungs- oder Lebensberatung) sowie
- Psychotherapie durch Heilpraktiker.

11. Maßnahmen zur Entwöhnung

Versichert sind ambulante Maßnahmen zur Entwöhnung. Das sind alle Behandlungen, die den Patienten aus der Bindung an Drogen, Alkohol oder andere Suchtmittel (beispielsweise auch Spielsucht) lösen sollen.

Wir erstatten maximal 3 Maßnahmen pro Diagnose, unabhängig davon ob diese ambulant oder stationär durchgeführt werden.

Ausnahme:

Maßnahmen zur Entwöhnung von Nikotin erstatten wir nicht. Wir erstatten auch keine Maßnahmen zur Entwöhnung, für die andere Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leisten müssen.

12. Ambulante Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation

(1) Versichert ist die medizinisch notwendige ambulante **Anschlussheilbehandlung**.

Voraussetzung:

Diese beginnt innerhalb von 28 Tagen nach einer Behandlung im Krankenhaus.

Ist ein Beginn innerhalb von 28 Tagen aus medizinischen Gründen nicht möglich, prüfen wir die Gründe. Wenn eine **Anschlussheilbehandlung** medizinisch notwendig ist, sagen wir die Leistung auch für einen späteren Beginn zu.

Dauert die **Anschlussheilbehandlung** voraussichtlich länger als 4 Wochen, gilt:

Sie müssen von uns eine schriftliche Zusage für die Leistung ab der 5. Woche einholen.

Wir empfehlen Ihnen, dass Sie diese Zusage vor Ablauf der ersten 4 Wochen einholen. Wenn die Verlängerung medizinisch notwendig ist, sagen wir die Leistung zu.

(2) Versichert sind auch ambulante Maßnahmen zur Rehabilitation.

(3) Wir erstatten die Kosten nicht, wenn andere Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leisten müssen.

13. Behandlungspflege, häusliche Krankenpflege und ambulante Palliativ-Medizin

(1) Versichert ist die medizinisch notwendige und ärztlich angeordnete häusliche **Behandlungspflege** durch Pflegefachkräfte (medizinische **Behandlungspflege**). Die Kosten einer **Intensiv-Behandlungspflege** erstatten wir auch in stationären Einrichtungen (beispielsweise in einem Pflegeheim).

Ein wichtiger Hinweis für Sie:

Wir empfehlen Ihnen, ab einem voraussichtlichen Pflegebedarf von 5 Stunden pro Tag, Art und Dauer der **Behandlungspflege** mit uns abzustimmen. Wir können Sie dann mit Rat und Tat unterstützen. Zum Beispiel können Sie von einer sehr gut ausgebildeten Reha- und Pflegeberaterin besucht werden. Diese kann Sie individuell beraten und sämtliche Fragen zur weiteren Versorgung beantworten. Gerne prüfen wir auch, ob eine gleichwertige Versorgung zu günstigeren Preisen möglich ist. Wir senden Ihnen dafür gerne ein unverbindliches Angebot.

(2) In folgenden Fällen erstatten wir die Kosten für die ärztlich verordnete häusliche Krankenpflege als Krankenhauersatzpflege:

- Eine Behandlung im Krankenhaus ist nötig, aber nicht durchführbar oder
- durch die häusliche Krankenpflege wird eine Behandlung im Krankenhaus vermieden oder verkürzt.

Pro Versicherungsfall erstatten wir für bis zu 28 Tage Kosten für:

- die Grundpflege (beispielsweise Essen zubereiten, Waschen, Zahnpflege),

- die hauswirtschaftliche Versorgung sowie
- die medizinische **Behandlungspflege** nach Absatz 1 Satz 1.

(3) Versichert ist die ärztlich verordnete **spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung**.

Voraussetzungen:

- Es liegt eine unheilbare und fortschreitende Krankheit mit begrenzter Lebenserwartung vor und
- die **Palliativ-Versorgung** ermöglicht die Betreuung in der vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung der versicherten Person.

Als häusliche Umgebung gelten zum Beispiel auch

- Altersheime,
- stationäre Pflegeeinrichtungen sowie
- Hospize.

Wir erstatten die Kosten für ärztliche und pflegerische Leistungen und Organisation in der Höhe, wie sie auch für einen gesetzlich Versicherten abgerechnet werden dürfen.

(4) Kosten, für die ein anderer Kostenträger (vor allem die Pflegepflichtversicherung) leisten muss, erstatten wir nicht.

14. Fahrt- und Transportkosten bei ambulanten Heilbehandlungen

(1) Wir erstatten die Kosten für Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus

- bei medizinischen Notfällen oder Unfällen,
- bei ambulanten Operationen,
- bei nachoperativen Behandlungen,
- bei einer Dialyse,
- bei einer Chemotherapie,
- bei einer Strahlentherapie
- bei einer ambulanten **Anschlussheilbehandlung** sowie
- bei einer Rehabilitation.

(2) Versichert sind auch Fahrten und Transporte zu und von einer ambulanten Heilbehandlung bei einer Geh- oder Sehunfähigkeit sowie bei Fahruntüchtigkeit. Der maximal **erstattungsfähige Rechnungsbetrag** beträgt zusammen mit entsprechenden Leistungen aus anderen Tarifen insgesamt 250 EUR pro Kalenderjahr.

Voraussetzung:

Die Geh- oder Sehunfähigkeit sowie die Fahruntüchtigkeit beruhen auf einer Krankheit oder sind Folge einer ärztlichen Behandlung.

(3) Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs für eine Fahrt nach den Absätzen 1 oder 2 erstatten wir 0,30 EUR pro Kilometer.

15. Kinderwunschbehandlung

(1) Versichert sind die Kosten für Kinderwunschbehandlungen (künstliche Befruchtung).

Voraussetzungen:

- Bei Beginn der Behandlung haben die Frau das 40. und der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet und
- es besteht eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person, die allein durch künstliche Befruchtung überwunden werden kann und
- die Behandlung erfolgt bei verheirateten oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren und
- es besteht eine hinreichende Erfolgsaussicht für die gewählte Behandlungsmethode und
- es werden nur Ei- und Samenzellen der jeweiligen Paare verwendet.

(2) Erstattungsfähig sind

- bis zu 8 Inseminationen sowie
- 8 Versuche der In-vitro-Fertilisation/IVF und/oder Intracytoplasmatischen Spermieninjektion/ICSI.

Folgender Fall wird nicht als Versuch gezählt:

Es trat eine klinisch nachgewiesene Schwangerschaft ein, ohne dass es zur Geburt eines Kindes gekommen ist.

Ein wichtiger Hinweis für Sie:

Wir empfehlen Ihnen, Art und Umfang der Behandlung vor deren Beginn mit uns zu klären. So vermeiden Sie mögliche Kürzungen der Leistung.

(3) Bei erfolgreicher Geburt nach einer Kinderwunschbehandlung haben Sie erneut Anspruch auf die tariflichen Leistungen, solange die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(4) Hat eine an der Behandlung beteiligte, aber nicht bei uns versicherte Person einen Anspruch auf Leistung bei einem anderen Kostenträger, gilt:

Wir müssen nur die Kosten erstatten, die nach Vorleistung des anderen Kostenträgers (beispielsweise die gesetzliche Krankenversicherung) noch bestehen.

16. Pränatal-Diagnostik

Versichert sind die Kosten für pränatal-diagnostische Maßnahmen als erweiterte Vorsorge während der Schwangerschaft. Diese Maßnahmen sind zum Beispiel:

- Dopplersonografie,
- 3D/4D-Ultraschall,
- kardiale Echografie,
- Nackentransparenztest sowie
- Triple-/Quadruple-Test.

Wir erstatten keine genetischen Untersuchungen mit dem Ziel der Klärung

- einer erst künftig auftretenden Erkrankung
oder
- einer gesundheitlichen Störung bei Nachkommen

ohne dass sich Symptome einer Krankheit zeigen (prädiktive Gen-Tests).

17. Hebammen und Entbindungspfleger

Wir erstatten die Kosten für Hebammen und Entbindungspfleger.

Voraussetzung:

Die Abrechnungen müssen der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung für Hebammen entsprechen.

18. Haushaltshilfen

(1) Versichert sind die Kosten für eine Haushaltshilfe.

Voraussetzungen:

- Die versicherte Person kann nach ärztlichem Attest wegen schwerer Erkrankung, Schwangerschaft oder Entbindung den Haushalt nicht weiterführen
oder
- die versicherte Person kann aus Gründen, die bereits zur medizinischen **Behandlungspflege** (Abschnitt A.13. Absatz 1) führten, den Haushalt nicht weiterführen
und
- im Haushalt lebt ein Kind, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat
oder
- im Haushalt lebt ein Kind, das behindert und deshalb auf Hilfe angewiesen ist
und
- keine sonst im Haushalt lebende, volljährige Person kann den Haushalt weiterführen.

(2) Wir erstatten für eine Haushaltshilfe bis zu 10 EUR pro Stunde, jedoch maximal 75 EUR pro Tag. Wir zahlen zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen maximal für 28 Tage pro Kalenderjahr. Die Erstattung erfolgt aus dem versicherten Tarif des erkrankten Elternteils.

Ausnahme:

Wir erstatten keine Kosten, wenn ein Verwandter oder Verschwägerter der versicherten Person die Haushaltshilfe übernimmt.

19. Pauschale zur Kinderbetreuung

Erkrankt ein nach diesem Tarif versichertes Kind, zahlen wir für die Betreuung eine Pauschale von 250 EUR.

Voraussetzungen:

- Das Kind hat das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet
und
- eine andere im Haushalt des versicherten Kindes lebende Person kann das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen

und

- ein Elternteil muss zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes mindestens vier Arbeitstage nacheinander der Arbeit fernbleiben. Dafür benötigen wir eine ärztliche Bescheinigung.

Wir erstatten die Pauschale einmal im Kalenderjahr. Dabei berücksichtigen wir die Leistungen für eine Pauschale für die Kinderbetreuung aus anderen Tarifen.

20. Medizinische Schulungen für chronisch Kranke

Für Erst- und Folgeschulungen bei chronisch Kranken beträgt der maximal **erstattungsfähige Rechnungsbetrag** insgesamt 500 EUR innerhalb von jeweils 3 Kalenderjahren ab Versicherungsbeginn.

Chronische Krankheiten sind zum Beispiel Diabetes, Asthma sowie Neurodermitis.

21. Kommunikationshilfen

Wir erstatten die Kosten für Kommunikationshilfen nach der Kommunikationshilfverordnung (beispielsweise Gebärdensprache- oder Schriftdolmetscher) in Höhe der dort genannten Entschädigungssätze.

Voraussetzung:

Die Hilfen sind erforderlich, damit eine Verständigung mit dem Behandelnden bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung möglich ist.

22. Digitale Gesundheitsanwendungen

(1) Versichert sind die Kosten für die Versorgung mit zertifizierten Medizinprodukten, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind,

- bei der versicherten Person oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten
- oder
- die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen

zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen).

(2) Erstattungsfähig sind die Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgeführt sind.

(3) Digitale Gesundheitsanwendungen, die die Voraussetzungen von Abs. 1 erfüllen und nicht in das Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte aufgenommen wurden, sind erstattungsfähig, wenn sie

- die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person unterstützen
- und
- einen Nachweis für **positive Versorgungseffekte** erbracht haben.

Wir erstatten keine digitalen Gesundheitsanwendungen, die dem Fitness- oder Wellnessbereich zuzuordnen sind.

(4) Digitale Gesundheitsanwendungen müssen von den unter Abschnitt A.1. oder A.10. genannten Behandelnden verordnet werden. Je Verordnung erstatten wir die Kosten für maximal 12 Monate. Danach ist eine neue Verordnung erforderlich.

(5) Wir sind berechtigt, anstelle des Aufwendungsersatzes die digitalen Gesundheitsanwendungen selbst zur Verfügung zu stellen. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, die digitale Gesundheitsanwendung über uns zu beziehen.

(6) Hat der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. abgeschlossen, erstatten wir die dort vereinbarten Vergütungsbeträge. Anderenfalls erstatten wir die Kosten, die nach § 134 SGB V mit der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung vereinbart worden sind. Wenn es keine Vergütungsvereinbarungen gibt, erstatten wir die tatsächlichen Kosten.

(7) Der Anspruch umfasst ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software. Wir erstatten keine Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, beispielsweise für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

B. Unsere Leistungen bei ambulanter Heilbehandlung im Ausland

Bei vorübergehenden Aufenthalten und bei der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts außerhalb Deutschlands erstatten wir die unter A. aufgeführten Leistungen unter Berücksichtigung der folgenden Absätze.

(1) Versichert sind die Kosten für Abrechnungen, die den folgenden Vorschriften entsprechen:

- Den Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung
- und
- einer eventuell geltenden **Gebührenordnung** oder **Taxe** für den jeweiligen Behandelnden.

(2) Wir erstatten auch eine in der Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer.

(3) Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung. Wir erstatten maximal den Betrag, der bei einer Behandlung im Heimatland der versicherten Person oder in Deutschland angefallen wäre. Ist die Entbindung im Ausland günstiger, erstatten wir diesen Betrag.

Ausnahme:

Diese Begrenzung gilt in folgendem Fall nicht: Die versicherte Person hat innerhalb der letzten 12 Monate vor der Entbindung zusammenhängend mindestens 182 Tage in dem Land verbracht, in dem die Entbindung stattfindet.

(4) Bei Notfällen erreichen Sie uns aus dem Ausland Tag und Nacht unter

0049 711 - 99 52 20 01

Auf Wunsch unterstützen wir Sie gerne in folgenden Bereichen:

- Informationen über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung,
- Nennung eines Arztes vor Ort,
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt,
- Organisation des Austausches von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten (vor allem zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt),
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers,
- Organisation eines medizinisch notwendigen Rücktransportes nach Deutschland sowie
- bei Tod einer versicherten Person: Organisation und Überführung zum Bestattungsort in Deutschland oder Organisation der Bestattung im Ausland.

C. Wechsel des Tarifs (Optionsrechte)

Änderungen Ihres Tarifs müssen Sie bei uns beantragen. Bitte stellen Sie Ihre Anträge in Textform (Brief, E-Mail, Fax).

Voraussetzungen für den Wechsel des Tarifs im Rahmen der Optionsrechte sind allgemein:

- Der gewünschte Tarif ist zum Zeitpunkt des Wechsels für neue Versicherte geöffnet oder
- der gewünschte Tarif ist im Teil IIa der allgemeinen Versicherungsbedingungen dieser **Tariflinie** enthalten und
- die versicherte Person ist im gewünschten Tarif **versicherungsfähig**.

1. Wechsel in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen

(1) Sie können verlangen, dass wir den Versicherungsschutz ohne erneute **Gesundheitsprüfung** in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen umstellen.

Termin der Umstellung ist jeweils der 1. des Geburtsmonats, in dem die versicherte Person das 30., das 35., das 40., das 45. oder das 50. Lebensjahr vollendet. Sie müssen den Antrag auf Umstellung mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Termin stellen.

(2) Die Umstellung des Versicherungsschutzes ohne erneute **Gesundheitsprüfung** in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen können Sie auch verlangen:

- bei **Entsendung** ins Ausland, wenn der Aufenthalt im Ausland an die berufliche Tätigkeit gebunden ist,
- bei Aufhalten im Ausland, die zusammenhängend länger als 182 Tage andauern,
- einmalig bei einem Wechsel zwischen einem Angestelltenverhältnis und einer selbstständigen Tätigkeit,
- je einmalig bei Beginn oder Abschluss der Berufsausbildung oder eines Studiums eines mitversicherten Kindes der versicherten Person,
- bei Abschluss einer akademischen Weiterbildung durch die versicherte Person (beispielsweise Ausbildung zum Facharzt, Bachelor, Master, Staatsexamen),

Voraussetzung:

Die versicherte Person übt eine ihrer Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit aus.

- bei Aufnahme einer Berufstätigkeit durch einen der Ehepartner/Lebenspartner. Beide Partner haben das Recht auf eine Umwandlung des Tarifs,
- bei Heirat oder Eintragung einer Lebenspartnerschaft,
- bei Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft sowie
- bei einer Erhöhung des Einkommens von mindestens 20 % innerhalb eines Kalenderjahres aus nichtselbstständiger oder selbstständiger Tätigkeit der versicherten Person.

Voraussetzung bei selbstständiger Tätigkeit:

Die versicherte Person muss die Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten 3 Jahre nachweisen. Der Vergleichswert dafür ist der durchschnittliche Gewinn vor Steuern der 3 davor liegenden Jahre.

(3) Die Umstellung ohne erneute **Gesundheitsprüfung** in den ursprünglichen Tarif der versicherten Person können Sie verlangen bei Ende

- der Elternzeit,
- der Altersteilzeit,
- der Pflegezeit,
- der Arbeitslosigkeit sowie
- eines Sabbaticals (Sabbatjahres). Dies ist eine vertraglich vereinbarte und zeitlich begrenzte berufliche Auszeit. Die Vereinbarung ist zum Beispiel in einem Arbeitsvertrag geregelt.

Voraussetzungen:

Sie haben den Versicherungsschutz bei Beginn eines der vorgenannten Ereignisse in einen Tarif mit niedrigeren oder weniger Leistungen umgestellt. Das Ereignis muss bei Ihnen oder bei Ihrem Ehepartner/Lebenspartner eintreten.

(4) Die Umstellung müssen Sie spätestens 2 Monate nach Eintritt des jeweiligen in den Absätzen 2 und 3 beschriebenen Ereignisses bei uns beantragen. Es gilt:

- Wenn Sie die Umstellung vor Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif um, wenn das Ereignis beginnt.
- Wenn Sie die Umstellung nach Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif am 1. des darauf folgenden Monats um.

Voraussetzung:

Mit Ihrem Antrag müssen Sie uns das Ereignis nachweisen.

(5) Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird auch für laufende Versicherungsfälle zum Termin der Umstellung wirksam. Für die Einstufung des Beitrags gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter. Dabei rechnen wir die aus dem Vertrag erworbenen **Alterungsrückstellungen** an. Bisher vereinbarte **Risikozuschläge** oder **Leistungsausschlüsse** bleiben bestehen. Ihren individuellen Beitrag für prozentuale **Risikozuschläge** passen wir entsprechend an.

(6) Für ein mitversichertes Kind können Sie die Umstellung in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen ohne **Gesundheitsprüfung** in folgenden Fällen verlangen:

- Gemeinsam mit einem versicherten Elternteil, wenn dieser nach Absatz 1 oder 2 seinen Versicherungsschutz erhöht,
- einmalig bei Abschluss der Schulausbildung sowie
- je einmalig bei Beginn oder Abschluss einer Berufsausbildung oder eines Studiums.

Die Umstellung müssen Sie spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses bei uns beantragen. Es gilt:

- Wenn Sie die Umstellung vor Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif um, wenn das Ereignis beginnt.
- Wenn Sie die Umstellung nach Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif am 1. des darauf folgenden Monats um.

Voraussetzung:

Mit Ihrem Antrag müssen Sie uns das Ereignis nachweisen.

2. Wechsel in einen Tarif mit geringeren Leistungen

Sie können jeweils zum 1. des folgenden Monats verlangen, dass wir den Versicherungsschutz in einen Tarif mit niedrigeren oder geringeren Leistungen umstellen.

3. Beruflicher Wechsel von einem Angestelltenverhältnis oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis

Bei einem Wechsel in ein Beamtenverhältnis können Sie den Versicherungsschutz taggenau in **beihilfekonforme** Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung umstellen. Die Umstellung müssen Sie spätestens 2 Monate nach dem Wechsel in ein Beamtenverhältnis bei uns beantragen.

4. Wechsel der tariflichen Selbstbeteiligung

Sie können Ihre Selbstbeteiligung immer zum 1. des nächsten Monats ändern.

D. Anpassung der Erstattungsgrenzen

Die festgelegten Erstattungsgrenzen gelten pro versicherter Person und Kalenderjahr.

Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können wir die Erstattungsgrenzen zu Ihren Gunsten anpassen.

Voraussetzungen:

- Die Änderung ist zur hinreichenden Wahrung der Interessen der Versicherten erforderlich

und

- ein unabhängiger Treuhänder muss die Anpassung prüfen und deren Angemessenheit bestätigen.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen folgt. In der Mitteilung müssen wir Ihnen auch die wesentlichen Gründe für die Änderungen nennen.

E. Zuordnung der Kosten

Die Kosten rechnen wir jeweils dem Kalenderjahr zu in dem

- die Heilbehandlung stattfindet
oder
- das Arznei-, Verband- oder Hilfsmittel bezogen wird
oder
- sonstige tarifliche Leistungen erbracht werden.

F. Kombination mit anderen Tarifen

Die Tarife AM10, AM11, AM12 und AM13 können nur zusammen mit einem Tarif aus den Teilen IIa sowie IIb bestehen.

Glossar

Alterungsrückstellung bezeichnet den Betrag, den wir für den Ausgleich der höheren Krankheitskosten unserer Versicherten im Alter verzinslich sparen.

Anschlussheilbehandlung ist eine Rehabilitationsmaßnahme, die im unmittelbaren Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt stattfindet. Sie wird in der Regel bei schweren Erkrankungen (beispielsweise Krebs, Schlaganfall) und nach Operationen (beispielsweise Herzoperationen, künstliches Hüftgelenk) sowie nach schweren Unfällen durchgeführt.

Approbation: Hierunter versteht man die staatliche Erlaubnis, den Beruf als Arzt, Zahnarzt, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Apotheker oder Tierarzt selbstständig und eigenverantwortlich auszuüben. Damit verbunden ist die Befugnis, die jeweilige Berufsbezeichnung zu führen.

Behandlungspflege: Tätigkeiten, die Pflegekräfte aus dem Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege, der Kinderkrankenpflege und der Altenpflege auf ärztliche Anordnung leisten. Diese Aufgaben umfassen unter anderem Wundversorgung, Verbandwechsel, Medikamentengabe, Blutdruck- und Blutzuckermessung. Der Bedarf an medizinischer Behandlungspflege kann so hoch sein, dass die ständige Anwesenheit einer Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle und Einsatzbereitschaft notwendig ist. Das ist zum Beispiel bei Bedienung und Überwachung eines Beatmungsgeräts der Fall. Dann spricht man von **Intensiv-Behandlungspflege**.

Beihilfekonforme Versicherung: Personen mit Anspruch auf Beihilfe, zum Beispiel Beamte und Richter, erhalten über die Beihilfe eine teilweise Erstattung für ihre Krankheitskosten. Weil die Beihilfe die finanzielle Lücke allein nicht schließen kann, können Beihilfeberechtigte eine private Krankenversicherung abschließen. Diese Restkostenversicherung leistet nur in Höhe der verbleibenden Kosten. Wenn die Beihilfe zum Beispiel 70 % der Kosten erstattet, erhält der Beihilfeberechtigte aus der Restkostenversicherung 30 %.

Entsendung liegt vor, wenn ein Beschäftigter sich auf Weisung seines Arbeitgebers für begrenzte Zeit ins Ausland begibt und dort arbeitet. Das Beschäftigungsverhältnis mit dem deutschen Arbeitgeber bleibt bestehen. Zum Beispiel kann ein Dienstleistungsunternehmen einen Auftrag in einem anderen Land erhalten und seine Arbeitnehmer dorthin schicken, um den Auftrag auszuführen.

Erstattungsfähiger Rechnungsbetrag: Erstattungsfähig sind nur die Positionen einer Rechnung, die von Ihrem Versicherungsschutz umfasst und nach den gesetzlichen Vorschriften berechenbar sind. Weist ein Beleg Leistungen aus, die diesen Vorgaben nicht entsprechen, müssen wir für diese Positionen nicht zahlen. Wir gehen dann bei der Erstattung von einem anderen Betrag aus, dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.

Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ) regeln die Abrechnung der ärztlichen oder zahnärztlichen Leistungen bei Privatpatienten. Ärzte und Zahnärzte dürfen ihre Honorare nicht frei kalkulieren, sondern sind bei ihrer Abrechnung an die GOÄ oder GOZ gebunden.

Gesundheitsprüfung: Bewertung, die wir zum Beispiel vor Abschluss eines Vertrags vornehmen. Anhand des Gesundheitszustands des Antragstellers berechnen wir das objektive und subjektive Versicherungsrisiko. Das Ergebnis hat Einfluss auf die Annahmendeckung und die Beitragsberechnung.

Intensiv-Behandlungspflege: siehe **Behandlungspflege**.

Leistungsausschluss: Vertragliche Vereinbarung, mit der wir Leistungen für bestimmte Erkrankungen vom Versicherungsschutz ausschließen. Einen Leistungsausschluss vereinbaren wir zum Beispiel, wenn erhebliche Erkrankungen schon vor Versicherungsbeginn bestehen.

Naturheilkundliche Behandlung: Die Naturheilkunde umfasst sowohl Methoden der Untersuchung von Erkrankungen als auch zu deren Behandlung. Es handelt sich um medizinische Heilmethoden, welche die selbstheilenden Kräfte des Körpers ansprechen und zumindest in Teilen naturbelassen oder natürlichen Ursprungs sind. Sie sollen Krankheiten vorbeugen, heilen oder lindern. Zu den „klassischen Naturheilverfahren“ zählen zum Beispiel: Homöopathie, Ernährungstherapie, Thermo-therapie, Hydrotherapie, Klimatherapie, Atemtherapie, Phytotherapie (soweit wissenschaftlich überprüft) und der Einsatz von physikalischen Reizen wie Licht, Luft, Wärme und Kälte, Bewegung und Ruhe (Physikalische Therapie).

Im Gegensatz dazu stehen die sogenannten „Außenseiterverfahren“, die wissenschaftlich nicht anerkannt sind, da sie häufig auf spekulativen Denkmodellen beruhen und den Nachweis klinischer Wirksamkeit nicht erbringen können. Eine Gleichsetzung solcher Methoden mit der naturheilkundlichen Behandlung ist nicht möglich.

Palliativ-Versorgung: siehe **spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung**.

positive Versorgungseffekte: liegen vor, wenn sich durch die digitale Gesundheitsanwendung der gesundheitliche Zustand des Patienten oder seine Möglichkeiten zum Umgang mit seiner Erkrankung bessern.

Risikozuschlag: Bei den meisten Tarifen führen wir vor Vertragsbeginn eine **Gesundheitsprüfung** durch. Bei Krankheiten, bei denen eine erhöhte Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wahrscheinlich ist, gehen wir wie folgt vor: Wir gleichen die voraussichtlichen Mehrkosten gegenüber einer gesunden Person durch einen dauerhaften oder vorübergehenden Zuschlag auf den Beitrag aus. Diesen Zuschlag nennt man Risikozuschlag.

Spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung: Die Palliativ-Versorgung ist ausgerichtet auf die Schmerzlinderung, aber nicht mehr auf die Heilung einer Krankheit. Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung (SAPV) bezeichnet ein Gesamtkonzept zur Beratung, Begleitung und Versorgung schwerkranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase.

Tariflinie: Eine Tariflinie umfasst mehrere Einzeltarife, denen die gleichen allgemeinen Regelungen zugrunde liegen. Die Tarife einer Tariflinie werden in der Regel unter dem gleichen Namen angeboten. Namenszusätze wie zum Beispiel Classic, Comfort oder Premium kennzeichnen unterschiedliche Leistungsumfänge oder Erstattungshöhen.

Taxe ist eine Gebühr, ein festgelegter Preis.

Versicherungsfähigkeit: Eigenschaft der versicherten Person, welche dieser die Aufnahme in einen bestimmten Tarif ermöglicht. So ist zum Beispiel für Personen mit Beihilfeberechtigung die Aufnahme in Beamtentarife (Beihilfeergänzungstarife) möglich.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Vollversicherung

Stand: 01.04.2017

Teil IIs: Tarif S1 für die stationäre Heilbehandlung

Der Tarif (Teil IIs der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt zusammen mit Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Inhaltsverzeichnis

Leistungsübersicht	2
Versicherungsleistungen	2
A. Unsere Leistungen bei stationärer Heilbehandlung in Deutschland	2
1. Stationäre Behandlung im Krankenhaus	2
2. Ambulante stationärsersetzende Operationen	3
3. Stationäre Behandlung in gemischten stationären Einrichtungen	3
4. Stationäre Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation	3
5. Stationäre Psychotherapie	3
6. Fahrt- und Transportkosten, Bergung	3
7. Haushaltshilfen	4
8. Pauschale zur Kinderbetreuung	4
9. Maßnahmen zur Entwöhnung	5
10. Lebendorgan-, Gewebe- und Knochenmarkspenden	5
11. Stationäre Versorgung in einem Hospiz	5
12. Kommunikationshilfen	5
13. Zusätzliche Leistungen bei stationären Aufenthalten von Kindern/Rooming In	6
B. Unsere Leistungen bei stationärer Heilbehandlung im Ausland	6
1. Leistungen im Ausland	6
2. Rücktransport, Überführung, Bestattung	6
C. Wechsel des Tarifs (Optionsrechte)	7
1. Wechsel in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen	7
2. Wechsel in einen Tarif mit geringeren Leistungen	8
3. Beruflicher Wechsel von einem Angestelltenverhältnis oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis	8
D. Anpassung der Erstattungsgrenzen	8
E. Zuordnung der Kosten	8
F. Kombination mit anderen Tarifen	8
Glossar	9

Leistungsübersicht

Unsere wichtigsten Tarifleistungen nennen wir Ihnen in der folgenden Übersicht.

Wir erstatten 100 % für:

- Allgemeine Krankenhausleistungen
- Einbettzimmer
- privatärztliche Behandlung (Chefarzt)

Wir erstatten **Ersatz-Krankenhaustagegeld** bei:

- Wahl eines Zweibettzimmers 20 EUR
- Wahl eines Mehrbettzimmers 40 EUR
- Verzicht auf den Chefarzt 60 EUR

Ausführliche Informationen zu den Tarifleistungen finden Sie in den nachfolgenden Abschnitten A. und B.

In dieser Tarifbeschreibung finden Sie alle Regelungen für die stationäre Heilbehandlung. Dabei sind auch Fachbegriffe notwendig, die nicht immer leicht zu verstehen sind. Einige wichtige Fachbegriffe haben wir **fett** hervorgehoben. Diese erklären wir Ihnen in einem Glossar ab Seite 9.

Versicherungsleistungen

Die Leistungen unter den Abschnitten A. und B. erstatten wir zu 100 %.

Voraussetzung:

Die jeweils festgelegten tariflichen Erstattungsgrenzen werden nicht überschritten.

A. Unsere Leistungen bei stationärer Heilbehandlung in Deutschland

1. Stationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Versichert ist die medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenhäusern, die

- unter ständiger fachärztlicher Leitung stehen
und
- über ausreichend diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen
und
- Krankengeschichten führen.

Dazu gehören zum Beispiel auch Privatkliniken.

(2) Die stationäre Heilbehandlung in einem Bundeswehrkrankenhaus oder einem Entbindungsheim gilt ebenfalls als Behandlung im Krankenhaus nach Absatz 1.

(3) Zur stationären Heilbehandlung zählen:

- die vollstationäre Behandlung,
- die teilstationäre Behandlung,
- die vor- und nachstationäre Behandlung sowie
- ambulante **stationersetzende Operationen**.

(4) Wir erstatten die Kosten für:

- allgemeine Krankenhausleistungen und Krankenhausleistungen in Kliniken, die nicht dem Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) unterliegen,
- separat berechenbare privatärztliche Behandlungen (Wahlleistungen einschließlich Belegärzte). Wir erstatten auch ärztliche Leistungen, die auf einer Honorarvereinbarung nach der jeweils gültigen **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** beruhen. Dies ist eine rechtswirksame Vereinbarung, bei der die Höhe der Gebühren von der jeweils gültigen **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** abweicht,
- die separat berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer (Wahlleistung),
- Beleghebammen und Belegentbindungspfleger nach der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung für Hebammen sowie
- Grundgebühren für Telefon, Fernsehen und Internet.

(5) In folgendem Fall zahlen wir ein **Ersatz-Krankenhaustagegeld**:

Die versicherte Person verzichtet für die Dauer eines Krankenhausaufenthaltes auf kostenpflichtige Wahlleistungen (privatärztliche Behandlung beziehungsweise bessere Unterbringung) und informiert uns darüber.

Das **Ersatz-Krankenhaustagegeld** beträgt:

- statt der Kosten für eine separat berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer, bei Wahl eines Zweibettzimmers 20 EUR.
- statt der Kosten für eine separat berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer, bei Wahl eines Mehrbettzimmers 40 EUR.
- statt der Kosten für eine separat berechenbare privatärztliche Behandlung 60 EUR.

Ausnahme:

Bei teilstationärer, vor- und nachstationärer Behandlung sowie bei ambulanten **stationersetzenden Operationen** zahlen wir kein **Ersatz-Krankenhaustagegeld**.

(6) Die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung des gesunden Neugeborenen während des stationären Aufenthaltes der Mutter sind vom Versicherungsschutz der Mutter umfasst.

2. Ambulante stationersetzende Operationen

(1) Versichert sind ambulante Operationen im Krankenhaus, die einen medizinisch notwendigen stationären Aufenthalt vermeiden.

Voraussetzungen:

- Wir erhalten für die ambulante **stationersetzende Operation** vor Beginn der Behandlung vom Behandelnden einen Kostenvoranschlag. Darauf muss die Bezeichnung der Operation mit einem **Prozeduren-Kode** aus dem gültigen Verzeichnis der Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS) enthalten sein und
- wir würden die Kosten für einen stationären Aufenthalt im Rahmen der Krankheitskostenversicherung übernehmen.

(2) Kosten, die indirekt mit der Operation zusammenhängen (beispielsweise Kosten für Übernachtungen oder die Verpflegung) erstatten wir nicht.

(3) Sie haben keinen Anspruch auf ein **Ersatz-Krankenhaustagegeld**, wenn Sie auf die separat berechenbare privatärztliche Behandlung verzichten.

3. Stationäre Behandlung in gemischten stationären Einrichtungen

Gemischte stationäre Einrichtungen sind stationäre Einrichtungen, die

- auch Kuren oder Sanatoriumsbehandlungen durchführen und/oder Genesende (Rekonvaleszenten) aufnehmen und
- die Voraussetzungen von Abschnitt A.1. Absatz 1 erfüllen.

Für medizinisch notwendige akut-stationäre Heilbehandlung in gemischten stationären Einrichtungen erstatten wir die Kosten. Für den Umfang der Erstattung gilt Abschnitt A.1.

4. Stationäre Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation

(1) Versichert ist die medizinisch notwendige stationäre **Anschlussheilbehandlung**.

Voraussetzung:

Diese beginnt innerhalb von 28 Tagen nach einer Behandlung im Krankenhaus.

Ist ein Beginn innerhalb von 28 Tagen aus medizinischen Gründen nicht möglich, prüfen wir die Gründe. Wenn eine **Anschlussheilbehandlung** medizinisch notwendig ist, sagen wir die Leistung auch für einen späteren Beginn zu.

Dauert die **Anschlussheilbehandlung** voraussichtlich länger als 4 Wochen, gilt:

Sie müssen von uns eine schriftliche Zusage für die Leistung ab der 5. Woche einholen.

Wir empfehlen Ihnen, dass Sie diese Zusage vor Ablauf der ersten 4 Wochen einholen. Wenn die Verlängerung medizinisch notwendig ist, sagen wir die Leistung zu.

(2) Versichert sind auch stationäre Maßnahmen zur Rehabilitation.

(3) Wir erstatten die Kosten nicht, wenn andere Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leisten müssen.

5. Stationäre Psychotherapie

Versichert ist die stationäre Psychotherapie. Den Umfang finden Sie unter Abschnitt A.1. und A.3.

6. Fahrt- und Transportkosten, Bergung

(1) Versichert ist der medizinisch notwendige Transport zum und vom nächsten, geeigneten und aufnahmebereiten Krankenhaus nach Abschnitt A.1. Absatz 1 oder 2 und Abschnitt A.3. Wir erstatten auch die Kosten für medizinisch notwendige Fahrten und Transporte zum und vom nächsten geeigneten Behandelnden oder Krankenhaus zu ambulanten **stationersetzenden Operationen**.

(2) Versichert sind auch Fahrten und Transporte zu und von einer stationären Heilbehandlung bei einer Geh- oder Sehunfähigkeit sowie bei Fahruntüchtigkeit. Der maximal **erstattungsfähige Rechnungsbetrag** beträgt zusammen mit entsprechenden Leistungen aus anderen Tarifen insgesamt 250 EUR pro Kalenderjahr.

Voraussetzung:

Die Geh- oder Sehunfähigkeit sowie die Fahruntüchtigkeit beruhen auf einer Krankheit oder sind Folge einer ärztlichen Behandlung.

(3) Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs für eine Fahrt nach den Absätzen 1 oder 2 erstatten wir 0,30 EUR pro Kilometer.

(4) Versichert sind ebenfalls die Kosten für:

- die medizinisch notwendige Verlegung in ein anderes Krankenhaus sowie
- den medizinisch notwendigen Hin- und Rücktransport zu einer auswärtigen ambulanten Untersuchung während einer stationären Behandlung.

Voraussetzung:

Die Kosten dürfen nicht bereits in den allgemeinen Krankenhausleistungen enthalten sein.

(5) Die Kosten für eine medizinisch nicht notwendige Verlegung der versicherten Person in ein Krankenhaus ihrer Wahl erstatten wir einmal pro Versicherungsfall.

Voraussetzungen:

- Das gewünschte Krankenhaus befindet sich im selben Land wie das Krankenhaus, aus dem die Verlegung stattfindet
und
- der Transport findet über Land statt (beispielsweise mit einem Krankenwagen).

Nicht versichert ist eine **intensivmedizinische Betreuung** während des Transports.

(6) Versichert sind die Kosten für eine Bergung der versicherten Person bis zu einem Rechnungsbetrag von 12.000 EUR pro Versicherungsfall.

Voraussetzung:

Wir erstatten die Kosten, wenn kein anderer Kostenträger (beispielsweise eine private Unfallversicherung) leisten muss.

7. Haushaltshilfen

(1) Versichert sind die Kosten für eine Haushaltshilfe, wenn die versicherte Person aus folgenden Gründen den Haushalt nicht weiterführen kann:

- wegen einer Behandlung im Krankenhaus
oder
- wegen einer ambulanten **stationsersetzenden Operation**
oder
- wegen einer stationären Vorsorge- oder Rehabilitationsmaßnahme, die ein gesetzlicher Rehabilitationsträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) oder eine Krankheitskosten-Vollversicherung übernimmt
oder
- wegen einer stationären Kur.

Voraussetzung:

Wir benötigen dafür jeweils ein ärztliches Attest. Zusätzlich müssen folgende Umstände vorliegen:

- Im Haushalt lebt ein Kind, das bei Beginn der Haushaltshilfe das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat
oder
- im Haushalt lebt ein Kind, das behindert und deshalb auf Hilfe angewiesen ist
und
- keine sonst im Haushalt lebende, volljährige Person kann den Haushalt weiterführen.

(2) Wir erstatten für eine Haushaltshilfe bis zu 10 EUR pro Stunde, jedoch maximal 75 EUR pro Tag. Wir zahlen zusammen mit Leistungen aus anderen Tarifen maximal 28 Tage pro Kalenderjahr. Die Erstattung erfolgt aus dem versicherten Tarif des erkrankten Elternteils.

Ausnahme:

Wir erstatten keine Kosten, wenn ein Verwandter und Verschwägerter der versicherten Person die Haushaltshilfe übernimmt.

8. Pauschale zur Kinderbetreuung

Erkrankt ein nach diesem Tarif versichertes Kind, zahlen wir für die Betreuung eine Pauschale von 250 EUR.

Voraussetzungen:

- Das Kind hat das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet
und

- eine andere im Haushalt des versicherten Kindes lebende Person kann das Kind nicht beaufsichtigen, betreuen oder pflegen
und
- ein Elternteil muss zur Beaufsichtigung, Betreuung oder Pflege des erkrankten Kindes mindestens vier Arbeitstage nacheinander der Arbeit fernbleiben. Dafür benötigen wir eine ärztliche Bescheinigung.

Wir erstatten die Pauschale einmal im Kalenderjahr. Dabei berücksichtigen wir die Leistungen für eine Pauschale für die Kinderbetreuung aus anderen Tarifen.

9. Maßnahmen zur Entwöhnung

Versichert sind stationäre Maßnahmen zur Entwöhnung. Das sind alle Behandlungen, die den Patienten aus der Bindung an Drogen, Alkohol oder andere Suchtmittel (beispielsweise auch Spielsucht) lösen sollen. Den Umfang finden Sie unter Abschnitt A.1. und A.3.

Wir erstatten maximal 3 Maßnahmen pro Diagnose, unabhängig davon ob diese ambulant oder stationär durchgeführt werden.

Ausnahme:

Maßnahmen zur Entwöhnung von Nikotin erstatten wir nicht. Wir erstatten auch keine Maßnahmen zur Entwöhnung, für die andere Kostenträger (beispielsweise ein Rentenversicherungsträger) leisten müssen

10. Lebendorgan-, Gewebe- und Knochenmarkspenden

(1) Versichert sind bei einer Lebendorgan-, Gewebe- oder Knochenmarkspende nach dem Transplantationsgesetz (TPG) auch die damit zusammenhängenden Kosten des Organspenders. Diese sind Teil der medizinisch notwendigen Heilbehandlung des Organempfängers.

(2) Unabhängig davon ob der Spender privat, gesetzlich oder nicht versichert ist, erstatten wir folgende Kosten:

- die Kosten für die ambulante und/oder stationäre Behandlung des Spenders,
- mögliche zusätzliche Kosten, die durch direkte Komplikationen bei der Organentnahme entstehen,
- die Kosten für eine ambulante oder stationäre Rehabilitationsbehandlung des Spenders, die durch die Organspende medizinisch notwendig geworden ist,
- die Kosten für die Nachbetreuung des Spenders nach dem Transplantationsgesetz (TPG),
- angemessene Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die direkt mit der medizinischen Behandlung zusammenhängen,
- einen nachgewiesenen Verdienstaufschlag des Spenders, der durch die medizinische Behandlung entstanden ist,
- die während dieser Zeit auf den Spender entfallenden Beiträge zur gesetzlichen Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung (Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil). Alternativ erstatten wir auch die Beiträge zu einer gleichwertigen privaten Versicherung, maximal aber in Höhe der Beiträge zur gesetzlichen Versicherung sowie
- wenn der Spender Anspruch auf Entgeltfortzahlung hat, das weiterhin gezahlte Arbeitsentgelt einschließlich der vom Arbeitgeber getragenen Beiträge zur Sozialversicherung.

(3) Versichert ist ebenfalls die von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) berechnete Organisationspauschale. Wir zahlen die Pauschale direkt an die DSO.

Voraussetzung:

Diese Pauschale ist nicht bereits in dem vom Krankenhaus berechneten Entgelt enthalten.

11. Stationäre Versorgung in einem Hospiz

Versichert ist die stationäre und teilstationäre Versorgung in Hospizen, die palliativmedizinische Behandlungen (**Palliativ-Versorgung**) durchführen.

Wir erstatten die Kosten, die für die Versorgung eines gesetzlich Versicherten abgerechnet werden dürfen.

Ausnahme:

Kosten, für die ein anderer Kostenträger (vor allem die private Pflegepflichtversicherung) leisten muss, erstatten wir nicht.

12. Kommunikationshilfen

Wir erstatten die Kosten für Kommunikationshilfen nach der Kommunikationshilfeverordnung (beispielsweise Gebärdensprache- oder Schriftdolmetscher) in Höhe der dort genannten Entschädigungssätze.

Voraussetzung:

Die Hilfen sind erforderlich, damit eine Verständigung mit dem Behandelnden bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung möglich ist.

13. Zusätzliche Leistungen bei stationären Aufenthalten von Kindern/Rooming In

Wird neben einem versicherten Kind auch ein Elternteil als Begleitperson stationär aufgenommen, erstatten wir auch die Kosten für die Unterbringung und Verpflegung der Begleitperson. Diese Regelung gilt für Kinder, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Ausnahme:

Wir erstatten die Kosten nicht, wenn die Unterbringung der Begleitperson bereits in den allgemeinen Krankenhausleistungen enthalten ist.

B. Unsere Leistungen bei stationärer Heilbehandlung im Ausland

1. Leistungen im Ausland

Bei vorübergehenden Aufenthalten und bei der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts außerhalb Deutschlands erstatten wir die unter A. aufgeführten Leistungen unter Berücksichtigung der folgenden Absätze.

- (1) Versichert sind die Kosten für Abrechnungen, die den folgenden Vorschriften entsprechen:
 - den Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung
 - und
 - einer eventuell geltenden **Gebührenordnung** oder **Taxe** für den Behandelnden oder die behandelnde Einrichtung.
- (2) Wir erstatten
 - Krankenhausleistungen,
 - die Kosten der Behandlung durch einen dem deutschen Belegarzt vergleichbaren Arzt,
 - separat berechenbare privatärztliche Behandlungen sowie
 - die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.
- (3) Wir erstatten auch eine in der Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer.
- (4) Versichert ist auch die im Ausland stattfindende Entbindung.

2. Rücktransport, Überführung, Bestattung

(1) Versichert ist der medizinisch notwendige Rücktransport aus dem Ausland an den Ort des gewöhnlichen Aufenthalts oder in das diesem Wohnsitz nächstgelegene geeignete Krankenhaus.

In folgenden Fällen gehen wir von einer medizinischen Notwendigkeit aus:

- Im Ausland ist die medizinische Versorgung nicht sichergestellt
- oder
- nach ärztlicher Prognose ist ein Aufenthalt im Krankenhaus im Ausland von voraussichtlich mehr als 14 Tagen notwendig
- oder
- die Kosten der Behandlung im Ausland sind voraussichtlich höher als die im Heimatland. Die Kosten für den Rücktransport zählen zu den Kosten für die Behandlung im Heimatland. Heimatland in diesem Sinne ist das Land, in dem die versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Auf Wunsch übernehmen wir die Organisation des medizinisch notwendigen Rücktransportes.

- (2) Wird eine versicherte Person, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, nach Absatz 1 zurücktransportiert, sind auch die Kosten einer notwendigen Begleitperson versichert.
- (3) Bei einem Rücktransport des versicherten Elternteils sind auch die entstehenden Kosten für die Rückreise mitreisender Kinder versichert.

Voraussetzung:

Die Kinder haben das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet und kein anderer Kostenträger (beispielsweise eine separat abgeschlossene Auslandsreisekrankenversicherung) muss leisten.

- (4) Im Todesfall sind die Kosten bis maximal 12.000 EUR versichert für
 - die Überführung der verstorbenen versicherten Person aus dem Ausland an ihren ständigen Wohnsitz oder
 - die notwendigen Kosten einer Bestattung im Ausland.
- (5) Bei Notfällen erreichen Sie uns aus dem Ausland Tag und Nacht unter

0049 711 - 99 52 20 01

Auf Wunsch unterstützen wir Sie gerne in folgenden Bereichen:

- Informationen über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung,
- Nennung eines Arztes vor Ort,
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt,

- Organisation des Austausches von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten (vor allem zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt),
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers,
- Organisation des medizinisch notwendigen Rücktransportes nach Deutschland sowie
- bei Tod einer versicherten Person: Organisation und Überführung zum Bestattungsort in Deutschland oder Organisation der Bestattung im Ausland.

C. Wechsel des Tarifs (Optionsrechte)

Änderungen Ihres Tarifs müssen Sie bei uns beantragen. Bitte stellen Sie Ihre Anträge in Textform (Brief, E-Mail, Fax).

Voraussetzungen für den Wechsel des Tarifs im Rahmen der Optionsrechte sind allgemein:

- Der gewünschte Tarif ist zum Zeitpunkt des Wechsels für neue Versicherte geöffnet oder
- der gewünschte Tarif ist im Teil IIs der allgemeinen Versicherungsbedingungen dieser **Tariflinie** enthalten und
- die versicherte Person ist im gewünschten Tarif **versicherungsfähig**.

1. Wechsel in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen

(1) Sie können verlangen, dass wir den Versicherungsschutz ohne erneute **Gesundheitsprüfung** in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen umstellen.

Termin der Umstellung ist jeweils der 1. des Geburtsmonats, in dem die versicherte Person das 30., das 35., das 40., das 45. oder das 50. Lebensjahr vollendet. Sie müssen den Antrag auf Umstellung mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Termin stellen.

(2) Die Umstellung des Versicherungsschutzes ohne erneute **Gesundheitsprüfung** in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen können Sie auch verlangen:

- bei **Entsendung** ins Ausland, wenn der Aufenthalt im Ausland an die berufliche Tätigkeit gebunden ist,
- bei Aufhalten im Ausland, die zusammenhängend länger als 182 Tage andauern,
- einmalig bei einem Wechsel zwischen einem Angestelltenverhältnis und einer selbstständigen Tätigkeit,
- je einmalig bei Beginn oder Abschluss der Berufsausbildung oder eines Studiums eines mitversicherten Kindes der versicherten Person,
- bei Abschluss einer akademischen Weiterbildung durch die versicherte Person (beispielsweise Ausbildung zum Facharzt, Bachelor, Master, Staatsexamen),

Voraussetzung:

Die versicherte Person übt eine ihrer Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit aus.

- bei Aufnahme einer Berufstätigkeit durch einen der Ehepartner/Lebenspartner. Beide Partner haben das Recht auf eine Umwandlung des Tarifs,
- bei Heirat oder Eintragung einer Lebenspartnerschaft,
- bei Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft sowie
- bei einer Erhöhung des Einkommens von mindestens 20 % innerhalb eines Kalenderjahres aus nichtselbstständiger oder selbstständiger Tätigkeit der versicherten Person.

Voraussetzung bei selbstständiger Tätigkeit:

Die versicherte Person muss die Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten 3 Jahre nachweisen. Der Vergleichswert dafür ist der durchschnittliche Gewinn vor Steuern der 3 davor liegenden Jahre.

(3) Die Umstellung ohne erneute **Gesundheitsprüfung** in den ursprünglichen Tarif der versicherten Person können Sie verlangen bei Ende

- der Elternzeit,
- der Altersteilzeit,
- der Pflegezeit,
- der Arbeitslosigkeit sowie
- eines Sabbaticals (Sabbatjahres). Dies ist eine vertraglich vereinbarte und zeitlich begrenzte berufliche Auszeit. Die Vereinbarung ist zum Beispiel in einem Arbeitsvertrag geregelt.

Voraussetzungen:

Sie haben den Versicherungsschutz bei Beginn eines der vorgenannten Ereignisse in einen Tarif mit niedrigeren oder weniger Leistungen umgestellt. Das Ereignis muss bei Ihnen oder bei Ihrem Ehepartner/Lebenspartner eintreten.

(4) Die Umstellung müssen Sie spätestens 2 Monate nach Eintritt des jeweiligen in den Absätzen 2 und 3 beschriebenen Ereignisses bei uns beantragen. Es gilt:

- Wenn Sie die Umstellung vor Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif um, wenn das Ereignis beginnt.
- Wenn Sie die Umstellung nach Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif am 1. des darauf folgenden Monats um.

Voraussetzung:

Mit Ihrem Antrag müssen Sie uns das Ereignis nachweisen.

(5) Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird auch für laufende Versicherungsfälle zum Termin der Umstellung wirksam. Für die Einstufung des Beitrags gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter. Dabei rechnen wir die aus dem Vertrag erworbenen **Alterungsrückstellungen** an. Bisher vereinbarte **Risikozuschläge** oder **Leistungsausschlüsse** bleiben bestehen. Ihren individuellen Beitrag für prozentuale **Risikozuschläge** passen wir entsprechend an.

(6) Für ein mitversichertes Kind können Sie die Umstellung in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen ohne **Gesundheitsprüfung** in folgenden Fällen verlangen:

- Gemeinsam mit einem versicherten Elternteil, wenn dieser nach Absatz 1 oder 2 seinen Versicherungsschutz erhöht,
- einmalig bei Abschluss der Schulausbildung sowie
- je einmalig bei Beginn oder Abschluss einer Berufsausbildung oder eines Studiums.

Die Umstellung müssen Sie spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses bei uns beantragen. Es gilt:

- Wenn Sie die Umstellung vor Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif um, wenn das Ereignis beginnt.
- Wenn Sie die Umstellung nach Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif am 1. des darauf folgenden Monats um.

Voraussetzung:

Mit Ihrem Antrag müssen Sie uns das Ereignis nachweisen.

2. Wechsel in einen Tarif mit geringeren Leistungen

Sie können jeweils zum 1. des folgenden Monats verlangen, dass wir den Versicherungsschutz in einen Tarif mit niedrigeren oder geringeren Leistungen umstellen.

3. Beruflicher Wechsel von einem Angestelltenverhältnis oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis

Bei einem Wechsel in ein Beamtenverhältnis können Sie den Versicherungsschutz taggenau in **beihilfekonforme** Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung umstellen. Die Umstellung müssen Sie spätestens 2 Monate nach dem Wechsel in ein Beamtenverhältnis bei uns beantragen.

D. Anpassung der Erstattungsgrenzen

Die festgelegten Erstattungsgrenzen gelten pro versicherter Person und Kalenderjahr. Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können wir die Erstattungsgrenzen zu Ihren Gunsten anpassen.

Voraussetzungen:

- Die Änderung ist zur hinreichenden Wahrung der Interessen der Versicherten erforderlich und
- ein unabhängiger Treuhänder muss die Anpassung prüfen und deren Angemessenheit bestätigen.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen folgt. In der Mitteilung müssen wir Ihnen auch die wesentlichen Gründe für die Änderungen nennen.

E. Zuordnung der Kosten

Die Kosten rechnen wir jeweils dem Kalenderjahr zu, in dem

- die Heilbehandlung stattfindet oder
- sonstige tarifliche Leistungen erbracht werden.

F. Kombination mit anderen Tarifen

Der Tarif S1 kann nur zusammen mit einem Tarif aus den Teilen IIa sowie IIz bestehen.

Glossar

Alterungsrückstellung bezeichnet den Betrag, den wir für den Ausgleich der höheren Krankheitskosten unserer Versicherten im Alter verzinslich sparen.

Anschlussheilbehandlung: ist eine Rehabilitationsmaßnahme, die im unmittelbaren Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt stattfindet. Sie wird in der Regel bei schweren Erkrankungen (beispielsweise Krebs, Schlaganfall) und nach Operationen (beispielsweise Herzoperationen, künstliches Hüftgelenk) sowie nach schweren Unfällen durchgeführt.

Beihilfekonforme Versicherung: Personen mit Anspruch auf Beihilfe, zum Beispiel Beamte und Richter, erhalten über die Beihilfe eine teilweise Erstattung für ihre Krankheitskosten. Weil die Beihilfe die finanzielle Lücke allein nicht schließen kann, können Beihilfeberechtigte eine private Krankenversicherung abschließen. Diese Restkostenversicherung leistet nur in Höhe der verbleibenden Kosten. Wenn die Beihilfe zum Beispiel 70 % der Kosten erstattet, erhält der Beihilfeberechtigte aus der Restkostenversicherung 30 %.

Entsendung liegt vor, wenn ein Beschäftigter sich auf Weisung seines Arbeitgebers für begrenzte Zeit ins Ausland begibt und dort arbeitet. Das Beschäftigungsverhältnis mit dem deutschen Arbeitgeber bleibt bestehen. Zum Beispiel kann ein Dienstleistungsunternehmen einen Auftrag in einem anderen Land erhalten und seine Arbeitnehmer dorthin schicken, um den Auftrag auszuführen.

Ersatz-Krankenhaustagegeld ist ein vereinbarter Betrag, der für jeden Tag eines Aufenthalts im Krankenhaus gezahlt wird. Das Ersatz-Krankenhaustagegeld erhalten Sie nur, wenn Sie auf andere versicherte Leistungen verzichten. Zum Beispiel auf die tariflich vereinbarte Unterbringung im Einbettzimmer oder die Behandlung durch den Chefarzt.

Erstattungsfähiger Rechnungsbetrag: Erstattungsfähig sind nur die Positionen einer Rechnung, die von Ihrem Versicherungsschutz umfasst und nach den gesetzlichen Vorschriften berechenbar sind. Weist ein Beleg Leistungen aus, die diesen Vorgaben nicht entsprechen, müssen wir für diese Positionen nicht zahlen. Wir gehen dann bei der Erstattung von einem anderen Betrag aus, dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.

Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ) regeln die Abrechnung der ärztlichen oder zahnärztlichen Leistungen bei Privatpatienten. Ärzte und Zahnärzte dürfen ihre Honorare nicht frei kalkulieren, sondern sind bei ihrer Abrechnung an die GOÄ oder GOZ gebunden.

Gesundheitsprüfung: Bewertung, die wir zum Beispiel vor Abschluss eines Vertrags vornehmen. Anhand des Gesundheitszustands des Antragstellers berechnen wir das objektive und subjektive Versicherungsrisiko. Das Ergebnis hat Einfluss auf die Annahmendeckung und die Beitragsberechnung.

Intensivmedizinische Betreuung: Eine intensivmedizinische Betreuung benötigen Patienten, deren Zustand lebensbedrohlich ist oder lebensbedrohlich werden könnte. In Krankenhäusern sind dafür Intensivstationen mit baulich und gerätetechnisch aufwändiger Ausstattung vorhanden. Eine intensivmedizinische Betreuung ist auch während eines Krankentransports mit besonders ausgestatteten Transportmitteln möglich.

Leistungsausschluss: Vertragliche Vereinbarung, mit der wir Leistungen für bestimmte Erkrankungen vom Versicherungsschutz ausschließen. Einen Leistungsausschluss vereinbaren wir zum Beispiel, wenn erhebliche Erkrankungen schon vor Versicherungsbeginn bestehen.

Palliativ-Versorgung: siehe **spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung**.

Prozeduren-Kode meint den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) – das ist die offizielle Klassifikation zum Verschlüsseln von medizinischen Maßnahmen im stationären Bereich und beim ambulanten Operieren. Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) stellt den OPS jährlich neu bereit.

Risikozuschlag: Bei den meisten Tarifen führen wir vor Vertragsbeginn eine **Gesundheitsprüfung** durch. Bei Krankheiten, bei denen eine erhöhte Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wahrscheinlich ist, gehen wir wie folgt vor: Wir gleichen die voraussichtlichen Mehrkosten gegenüber einer gesunden Person durch einen dauerhaften oder vorübergehenden Zuschlag auf den Beitrag aus. Diesen Zuschlag nennt man Risikozuschlag.

Spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung: Die Palliativ-Versorgung ist ausgerichtet auf die Schmerzlinderung, aber nicht mehr auf die Heilung einer Krankheit. Die spezialisierte ambulante Palliativ-Versorgung (SAPV) bezeichnet ein Gesamtkonzept zur Beratung, Begleitung und Versorgung schwerkranker Menschen in ihrer letzten Lebensphase.

stationersetzende Operation: Darunter versteht man einen chirurgischen Eingriff in einer Praxis, Praxisklinik oder im Krankenhaus ohne anschließende Übernachtung. Wenn die Erkrankung und der Gesundheitszustand des Patienten es zulassen, können so unnötige vollstationäre Behandlungen im Krankenhaus vermieden werden.

Tariflinie: Eine Tariflinie umfasst mehrere Einzeltarife, denen die gleichen allgemeinen Regelungen zugrunde liegen. Die Tarife einer Tariflinie werden in der Regel unter dem gleichen Namen angeboten. Namenszusätze wie zum Beispiel Classic, Comfort oder Premium kennzeichnen unterschiedliche Leistungsumfänge oder Erstattungshöhen.

Taxe ist eine Gebühr, ein festgelegter Preis.

Versicherungsfähigkeit: Eigenschaft der versicherten Person, welche dieser die Aufnahme in einen bestimmten Tarif ermöglicht. So ist zum Beispiel für Personen mit Beihilfeberechtigung die Aufnahme in Beamtentarife (Beihilfenergänzungstarife) möglich.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Vollversicherung

Stand: 01.04.2017

Teil IIz: Tarif Z9 für Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie

Der Tarif (Teil IIz der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) gilt zusammen mit Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Inhaltsverzeichnis

Leistungsübersicht	2
A. Unsere Leistungen bei zahnärztlichen Behandlungen in Deutschland	2
1. Zahnärztliche Leistungen	2
2. Zahnbehandlung und zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge	2
3. Zahnersatz	3
4. Kieferorthopädie (Zahn- und Kieferregulierung)	3
5. Anrechnung anderer Leistungsansprüche	3
6. Fahrt- und Transportkosten	4
B. Unsere Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung im Ausland	4
C. Wechsel des Tarifs (Optionsrechte)	4
1. Wechsel in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen	4
2. Wechsel in einen Tarif mit geringeren Leistungen	5
3. Beruflicher Wechsel von einem Angestelltenverhältnis oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis	6
D. Anpassung der Erstattungsgrenzen	6
E. Zuordnung der Kosten	6
F. Kombination mit anderen Tarifen	6
Glossar	7

Leistungsübersicht

Unsere wichtigsten Tarifleistungen nennen wir Ihnen in der folgenden Übersicht.

Wir erstatten 100 % für:

- Zahnbehandlung
- Zahnprophylaxe (beispielsweise prof. Zahnreinigung)

Wir erstatten 90 % für:

- Zahnersatz
- Kieferorthopädie

Es bestehen Rechnungshöchstbeträge in den ersten 4 Jahren.

Ausführliche Informationen zu den Tarifleistungen finden Sie in den nachfolgenden Abschnitten A. und B.

In dieser Tarifbeschreibung finden Sie alle Regelungen für die zahnärztliche Heilbehandlung. Dabei sind auch Fachbegriffe notwendig, die nicht immer leicht zu verstehen sind. Einige wichtige Fachbegriffe haben wir **fett** hervorgehoben. Diese erklären wir Ihnen in einem Glossar ab Seite 7.

Für Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlung gilt:

Wir leisten maximal bis zu einem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag von

- **3.000 EUR vom 1. bis zum 2. Kalenderjahr,**
- **5.000 EUR vom 1. bis zum 3. Kalenderjahr,**
- **7.500 EUR vom 1. bis zum 4. Kalenderjahr.**

Danach übernehmen wir den kompletten erstattungsfähigen Rechnungsbetrag in tariflichem Umfang.

Bei einer Umstellung in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen gelten die oben genannten Begrenzungen für die hinzukommenden Leistungen.

Die Höchstbeträge gelten nicht, wenn die Kosten durch einen Unfall entstanden sind.

A. Unsere Leistungen bei zahnärztlichen Behandlungen in Deutschland

1. Zahnärztliche Leistungen

(1) Die versicherte Person kann unter den niedergelassenen zugelassenen (**approbierten**) Zahnärzten frei wählen. Versichert ist auch die Zahnbehandlung durch zugelassene (**approbierte**) Zahnärzte in einem medizinischen Versorgungszentrum, einer Krankenhausambulanz oder einer Zahnklinik.

(2) Wir erstatten zahnärztliche Abrechnungen, die der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) entsprechen. Wir erstatten auch zahnärztliche Leistungen, die auf einer Honorarvereinbarung nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) beruhen. Dies ist eine rechtswirksame Vereinbarung, bei der die Höhe der Gebühren von der Gebührenordnung abweicht.

Versichert sind auch die zahntechnischen Leistungen die der Zahnarzt selbst erbringt oder in Auftrag gibt und nach der GOZ abgerechnet werden dürfen (Material- und Laborkosten).

(3) Nicht versichert sind stationär erbrachte Leistungen.

Ausnahme:

Die Behandlung kann aus medizinischen Gründen nur stationär erbracht werden.

2. Zahnbehandlung und zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge

(1) Wir erstatten 100 % des **erstattungsfähigen Rechnungsbetrags** für Zahnbehandlungen.

Dazu gehören zum Beispiel:

- allgemeine zahnärztliche Leistungen,
- zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge (Maßnahmen zur Prophylaxe),
- konservierende Leistungen (beispielsweise Zahnfüllungen oder Wurzelkanalbehandlungen),
- chirurgische Leistungen (beispielsweise Wurzelspitzenresektion),
- Inlays,
- Onlays,
- Leistungen bei Erkrankung der Mundschleimhaut und des Zahnhalteapparats (Parodontium),
- das Anfertigen und Eingliedern von Aufbissbehelfen (beispielsweise Schienen) sowie
- funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gnathologie).

(2) Bei zahnmedizinischen Maßnahmen zur Vorsorge gilt:

Bis zu einem **erstattungsfähigen Rechnungsbetrag** von insgesamt 500 EUR pro Kalenderjahr bleibt Ihr Anspruch auf Beitragsrückerstattung (vgl. Teil I, Abschnitt B.4.) erhalten.

Voraussetzung:

Diese Leistungen sind in einer separaten Rechnung als selbstständige Leistungen zur Vorsorge ausgewiesen.

Zahnmedizinische Maßnahmen zur Vorsorge sind zum Beispiel:

- Erstellen eines Status der Mundhygiene sowie gründliche Untersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten,
- Beurteilen der Mundhygiene und des Zustands des Zahnfleischs sowie die Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Anleitungen,
- Aufklären über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- Fluoridieren zur Härtung des Zahnschmelzes,
- Beseitigen von Zahnbelägen und Verfärbungen (sogenannte professionelle Zahnreinigung, ausgenommen Bleaching),
- Behandeln von sehr empfindlichen Zahnflächen sowie
- Zahnversiegelung (Fissurenversiegelung).

3. Zahnersatz

(1) Wir erstatten 90 % des **erstattungsfähigen Rechnungsbetrags** für Zahnersatz.

Dazu gehören zum Beispiel:

- Brücken,
- Kronen (auch Einzelkronen),
- Implantate,
- Stiftzähne,
- Prothesen,
- Reparaturen von Zahnersatz sowie
- Aufbauten des Alveolarfortsatzes (zahntragender Teil des Kieferknochens) und der Kieferhöhle (Sinuslift).

Voraussetzung:

Die Maßnahmen sind für das Einbringen von Implantaten (sogenannte Knochenaufbauten) erforderlich.

Als Zahnersatz gelten auch die im Zusammenhang mit den genannten Behandlungen medizinisch erforderlichen Leistungen wie:

- Beratungen,
- Heil- und Kostenpläne,
- Röntgenbilder,
- Kieferabformungen,
- Anästhesien,
- Präparieren der Zähne,
- Aufbaufüllungen sowie
- Kurz- und Langzeitprovisorien.

(2) Wenn die Kosten voraussichtlich höher als 3.000 EUR sind, benötigen wir einen Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung. Liegt dieser nicht vor, erstatten wir von dem 3.000 EUR übersteigenden **erstattungsfähigen Rechnungsbetrag** nur 70 %.

Bitte senden Sie uns den Heil- und Kostenplan wenn möglich als E-Mail an Leistung@sdk.de.

4. Kieferorthopädie (Zahn- und Kieferregulierung)

(1) Wir erstatten 90 % des **erstattungsfähigen Rechnungsbetrags** für kieferorthopädische Behandlungen.

(2) Wenn die Kosten voraussichtlich höher als 3.000 EUR sind, benötigen wir einen Heil- und Kostenplan vor Beginn der Behandlung. Liegt dieser nicht vor, erstatten wir von dem 3.000 EUR übersteigenden **erstattungsfähigen Rechnungsbetrag** nur 70 %.

Bitte senden Sie uns den Heil- und Kostenplan wenn möglich als E-Mail an Leistung@sdk.de.

5. Anrechnung anderer Leistungsansprüche

Wenn Sie einen Anspruch auf Leistungen bei anderen Kostenträgern haben, rechnen wir diesen auf unseren Erstattungsbetrag an. Wenn wir es von Ihnen verlangen, müssen Sie uns die andere Leistung nachweisen.

6. Fahrt- und Transportkosten

(1) Fahrten und Transporte zu und von Zahnbehandlungs-, Zahnersatz- oder kieferorthopädischen Maßnahmen sind bei Geh- oder Sehunfähigkeit sowie bei Fahruntüchtigkeit zu 100 % versichert. Der maximal **erstattungsfähige Rechnungsbetrag** beträgt zusammen mit entsprechenden Leistungen aus anderen Tarifen insgesamt 250 EUR pro Kalenderjahr.

Voraussetzung:

Die Geh- oder Sehunfähigkeit sowie die Fahruntüchtigkeit beruhen auf einer Krankheit oder sind Folge einer ärztlichen Behandlung.

(2) Bei Nutzung eines privaten Kraftfahrzeugs für Fahrten nach Absatz 1 erstatten wir 0,30 EUR pro Kilometer.

B. Unsere Leistungen bei zahnärztlicher Heilbehandlung im Ausland

Bei vorübergehenden Aufenthalten und bei der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts außerhalb Deutschlands erstatten wir die unter A. aufgeführten Leistungen unter Berücksichtigung der folgenden Absätze.

(1) Versichert sind die Kosten für Abrechnungen, die den folgenden Vorschriften entsprechen:

- Den Rechtsvorschriften am Ort der Behandlung
und
- einer eventuell geltenden **Gebührenordnung** oder **Taxe** für den jeweiligen Behandelnden.

(2) Wir erstatten auch eine in der Abrechnung enthaltene, der deutschen Umsatzsteuer vergleichbare Steuer.

(3) Bei Notfällen erreichen Sie uns aus dem Ausland Tag und Nacht unter

0049 711 - 99 52 20 01

Auf Wunsch unterstützen wir Sie gerne in folgenden Bereichen:

- Informationen über die Möglichkeiten ärztlicher Versorgung,
- Nennung eines Arztes vor Ort,
- Kontaktaufnahme zum jeweiligen Hausarzt,
- Organisation des Austausches von Informationen zwischen den beteiligten Ärzten (vor allem zwischen den Krankenhausärzten und dem Hausarzt),
- Benachrichtigung der Angehörigen und/oder des Arbeitgebers,
- Organisation eines medizinisch notwendigen Rücktransportes nach Deutschland sowie
- bei Tod einer versicherten Person: Organisation und Überführung zum Bestattungsort in Deutschland oder Organisation der Bestattung im Ausland.

C. Wechsel des Tarifs (Optionsrechte)

Änderungen Ihres Tarifs müssen Sie bei uns beantragen. Bitte stellen Sie Ihre Anträge in Textform (Brief, E-Mail, Fax).

Voraussetzungen für den Wechsel des Tarifs im Rahmen der Optionsrechte sind allgemein:

- Der gewünschte Tarif ist zum Zeitpunkt des Wechsels für neue Versicherte geöffnet
oder
- der gewünschte Tarif ist im Teil IIz der allgemeinen Versicherungsbedingungen dieser **Tariflinie** enthalten
und
- die versicherte Person ist im gewünschten Tarif **versicherungsfähig**.

1. Wechsel in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen

(1) Sie können verlangen, dass wir den Versicherungsschutz ohne erneute **Gesundheitsprüfung** in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen umstellen.

Termin der Umstellung ist jeweils der 1. des Geburtsmonats, in dem die versicherte Person das 30., das 35., das 40., das 45. oder das 50. Lebensjahr vollendet. Sie müssen den Antrag auf Umstellung mindestens 6 Monate vor dem gewünschten Termin stellen.

(2) Die Umstellung des Versicherungsschutzes ohne erneute **Gesundheitsprüfung** in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen können Sie auch verlangen:

- bei **Entsendung** ins Ausland, wenn der Aufenthalt im Ausland an die berufliche Tätigkeit gebunden ist,
- bei Aufenthalten im Ausland, die zusammenhängend länger als 182 Tage andauern,
- einmalig bei einem Wechsel zwischen einem Angestelltenverhältnis und einer selbstständigen Tätigkeit,
- je einmalig bei Beginn oder Abschluss der Berufsausbildung oder eines Studiums eines mitversicherten Kindes der versicherten Person,

- bei Abschluss einer akademischen Weiterbildung durch die versicherte Person (beispielsweise Ausbildung zum Facharzt, Bachelor, Master, Staatsexamen),
Voraussetzung:
Die versicherte Person übt eine ihrer Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit aus.
- bei Aufnahme einer Berufstätigkeit durch einen der Ehepartner/Lebenspartner. Beide Partner haben das Recht auf eine Umwandlung des Tarifs,
- bei Heirat oder Eintragung einer Lebenspartnerschaft,
- bei Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft sowie
- bei einer Erhöhung des Einkommens von mindestens 20 % innerhalb eines Kalenderjahres aus nichtselbstständiger oder selbstständiger Tätigkeit der versicherten Person.
Voraussetzung bei selbstständiger Tätigkeit:
Die versicherte Person muss die Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten 3 Jahre nachweisen. Der Vergleichswert dafür ist der durchschnittliche Gewinn vor Steuern der 3 davor liegenden Jahre.

(3) Die Umstellung ohne erneute **Gesundheitsprüfung** in den ursprünglichen Tarif der versicherten Person können Sie verlangen bei Ende

- der Elternzeit,
- der Altersteilzeit,
- der Pflegezeit,
- der Arbeitslosigkeit sowie
- eines Sabbaticals (Sabbatjahres). Dies ist eine vertraglich vereinbarte und zeitlich begrenzte berufliche Auszeit. Die Vereinbarung ist zum Beispiel in einem Arbeitsvertrag geregelt.

Voraussetzungen:

Sie haben den Versicherungsschutz bei Beginn eines der vorgenannten Ereignisse in einen Tarif mit niedrigeren oder weniger Leistungen umgestellt. Das Ereignis muss bei Ihnen oder bei Ihrem Ehepartner/Lebenspartner eintreten.

(4) Die Umstellung müssen Sie spätestens 2 Monate nach Eintritt des jeweiligen in den Absätzen 2 und 3 beschriebenen Ereignisses bei uns beantragen. Es gilt:

- Wenn Sie die Umstellung vor Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif um, wenn das Ereignis beginnt.
- Wenn Sie die Umstellung nach Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif am 1. des darauf folgenden Monats um.

Voraussetzung:

Mit Ihrem Antrag müssen Sie uns das Ereignis nachweisen.

(5) Der höhere oder umfassendere Versicherungsschutz wird auch für laufende Versicherungsfälle zum Termin der Umstellung wirksam. Für die Einstufung des Beitrags gilt das dann erreichte Lebensalter als tarifliches Eintrittsalter. Dabei rechnen wir die aus dem Vertrag erworbenen **Alterungsrückstellungen** an. Bisher vereinbarte **Risikozuschläge** oder **Leistungsausschlüsse** bleiben bestehen. Ihren individuellen Beitrag für prozentuale **Risikozuschläge** passen wir entsprechend an.

(6) Für ein mitversichertes Kind können Sie die Umstellung in einen Tarif mit höheren oder umfassenderen Leistungen ohne **Gesundheitsprüfung** in folgenden Fällen verlangen:

- Gemeinsam mit einem versicherten Elternteil, wenn dieser nach Absatz 1 oder 2 seinen Versicherungsschutz erhöht,
- einmalig bei Abschluss der Schulausbildung sowie
- je einmalig bei Beginn oder Abschluss einer Berufsausbildung oder eines Studiums.

Die Umstellung müssen Sie spätestens 2 Monate nach Eintritt des Ereignisses bei uns beantragen. Es gilt:

- Wenn Sie die Umstellung vor Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif um, wenn das Ereignis beginnt.
- Wenn Sie die Umstellung nach Beginn des Ereignisses beantragen, stellen wir den Tarif am 1. des darauf folgenden Monats um.

Voraussetzung:

Mit Ihrem Antrag müssen Sie uns das Ereignis nachweisen.

2. Wechsel in einen Tarif mit geringeren Leistungen

Sie können jeweils zum 1. des folgenden Monats verlangen, dass wir den Versicherungsschutz in einen Tarif mit niedrigeren oder geringeren Leistungen umstellen.

3. Beruflicher Wechsel von einem Angestelltenverhältnis oder Selbstständigkeit in ein Beamtenverhältnis

Bei einem Wechsel in ein Beamtenverhältnis können Sie den Versicherungsschutz taggenau in **beihilfekonforme** Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung umstellen. Die Umstellung müssen Sie spätestens 2 Monate nach dem Wechsel in ein Beamtenverhältnis bei uns beantragen.

D. Anpassung der Erstattungsgrenzen

Die festgelegten Erstattungsgrenzen gelten pro versicherte Person und Kalenderjahr. Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können wir die Erstattungsgrenzen zu Ihren Gunsten anpassen.

Voraussetzungen:

- Die Änderung ist zur hinreichenden Wahrung der Interessen der Versicherten erforderlich und
- ein unabhängiger Treuhänder muss die Anpassung prüfen und deren Angemessenheit bestätigen.

Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen folgt. In der Mitteilung müssen wir Ihnen auch die wesentlichen Gründe für die Änderungen nennen.

E. Zuordnung der Kosten

Die Kosten rechnen wir jeweils dem Kalenderjahr zu, in dem

- die Heilbehandlung stattfindet oder
- sonstige tarifliche Leistungen erbracht werden.

F. Kombination mit anderen Tarifen

Der Tarif Z9 kann nur zusammen mit einem Tarif aus den Teilen IIa sowie IIb bestehen.

Glossar

Alterungsrückstellung bezeichnet den Betrag, den wir für den Ausgleich der höheren Krankheitskosten unserer Versicherten im Alter verzinslich sparen.

Approbation: Hierunter versteht man die staatliche Erlaubnis, den Beruf als Arzt, Zahnarzt, Psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Apotheker oder Tierarzt selbstständig und eigenverantwortlich auszuüben. Damit verbunden ist die Befugnis, die jeweilige Berufsbezeichnung zu führen.

Beihilfekonforme Versicherung: Personen mit Anspruch auf Beihilfe, zum Beispiel Beamte und Richter, erhalten über die Beihilfe eine teilweise Erstattung für ihre Krankheitskosten. Weil die Beihilfe die finanzielle Lücke allein nicht schließen kann, können Beihilfeberechtigte eine private Krankenversicherung abschließen. Diese Restkostenversicherung leistet nur in Höhe der verbleibenden Kosten. Wenn die Beihilfe zum Beispiel 70 % der Kosten erstattet, erhält der Beihilfeberechtigte aus der Restkostenversicherung 30 %.

Entsendung liegt vor, wenn ein Beschäftigter sich auf Weisung seines Arbeitgebers für begrenzte Zeit ins Ausland begibt und dort arbeitet. Das Beschäftigungsverhältnis mit dem deutschen Arbeitgeber bleibt bestehen. Zum Beispiel kann ein Dienstleistungsunternehmen einen Auftrag in einem anderen Land erhalten und seine Arbeitnehmer dorthin schicken, um den Auftrag auszuführen.

Erstattungsfähiger Rechnungsbetrag: Erstattungsfähig sind nur die Positionen einer Rechnung, die von Ihrem Versicherungsschutz umfasst und nach den gesetzlichen Vorschriften berechenbar sind. Weist ein Beleg Leistungen aus, die diesen Vorgaben nicht entsprechen, müssen wir für diese Positionen nicht zahlen. Wir gehen dann bei der Erstattung von einem anderen Betrag aus, dem erstattungsfähigen Rechnungsbetrag.

Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ) regeln die Abrechnung der ärztlichen oder zahnärztlichen Leistungen bei Privatpatienten. Ärzte und Zahnärzte dürfen ihre Honorare nicht frei kalkulieren, sondern sind bei ihrer Abrechnung an die GOÄ oder GOZ gebunden.

Gesundheitsprüfung: Bewertung, die wir zum Beispiel vor Abschluss eines Vertrags vornehmen. Anhand des Gesundheitszustands des Antragstellers berechnen wir das objektive und subjektive Versicherungsrisiko. Das Ergebnis hat Einfluss auf die Annahmemeinbarung und die Beitragsberechnung.

Leistungsausschluss: Vertragliche Vereinbarung, mit der wir Leistungen für bestimmte Erkrankungen vom Versicherungsschutz ausschließen. Einen Leistungsausschluss vereinbaren wir zum Beispiel, wenn erhebliche Erkrankungen schon vor Versicherungsbeginn bestehen.

Risikozuschlag: Bei den meisten Tarifen führen wir vor Vertragsbeginn eine **Gesundheitsprüfung** durch. Bei Krankheiten, bei denen eine erhöhte Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen wahrscheinlich ist, gehen wir wie folgt vor: Wir gleichen die voraussichtlichen Mehrkosten gegenüber einer gesunden Person durch einen dauerhaften oder vorübergehenden Zuschlag auf den Beitrag aus. Diesen Zuschlag nennt man Risikozuschlag.

Tariflinie: Eine Tariflinie umfasst mehrere Einzeltarife, denen die gleichen allgemeinen Regelungen zugrunde liegen. Die Tarife einer Tariflinie werden in der Regel unter dem gleichen Namen angeboten. Namenszusätze wie zum Beispiel Classic, Comfort oder Premium kennzeichnen unterschiedliche Leistungsumfänge oder Erstattungshöhen.

Taxe ist eine Gebühr, ein festgelegter Preis.

Versicherungsfähigkeit: Eigenschaft der versicherten Person, welche dieser die Aufnahme in einen bestimmten Tarif ermöglicht. So ist zum Beispiel für Personen mit Beihilfeberechtigung die Aufnahme in Beamtentarife (Beihilfenergänzungstarife) möglich.

Besondere Bedingungen für eine Anwartschaftsversicherung für Schüler und Studierende

1. Versicherungsfähigkeit

Für die Schüler- und Studententarife der Krankheitskosten-Vollversicherung GesundheitsFair kann eine Anwartschaftsversicherung (AWV) abgeschlossen werden. Bestandteile sind ein stationärer Wahlleistungstarif, ein ambulanter Tarif und ein Tarif für Zahnbehandlung/Zahnersatz/Kieferorthopädie.

Versicherungsfähig sind Schüler und Studierende, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die versicherte Person muss mindestens 16 Jahre alt sein und darf das 39. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

2. Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Die Versicherungsfähigkeit nach diesen Besonderen Bedingungen entfällt, wenn

- die Versicherung in der GKV endet
- oder
- die Ausbildung an der Hochschule oder Schule endet.

Mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 39. Lebensjahr vollendet, wird die Versicherung in eine Anwartschaftsversicherung für die Krankheitskosten-Vollversicherung für Erwachsene umgestellt.

3. Leistungen

Durch den Abschluss der AWV wird das Recht erworben, die Versicherung nach den Tarifen, für die die AWV bestanden hat, in Kraft zu setzen. Die Inkraftsetzung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten.

Während der Laufzeit der AWV ist der Versicherer leistungsfrei.

4. Inkraftsetzung

Wenn die Versicherungsfähigkeit wegfällt, können die in Anwartschaft stehenden Tarife in Kraft gesetzt werden. Die versicherte Person muss zu diesem Zeitpunkt in den Tarifen, in die in Kraft gesetzt wird, versicherungsfähig sein.

Hat die versicherte Person beihilferechtliche Versorgungsansprüche, so kann eine Umstellung in die Beihilfe-Restkostenversicherung einschließlich eines Beihilfeergänzungstarifes erfolgen. Die Umstellung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten.

Die versicherte Person kann daneben, ohne erneute Gesundheitsprüfung und unter Anrechnung von Wartezeiten, Tarife der Krankentagegeldversicherung, Krankenhaustagegeldversicherung und Pflegepflichtversicherung abschließen. Die versicherte Person muss zu diesem Zeitpunkt in diesen Tarifen versicherungsfähig sein. Die Höhe der Tagegelder und Dauer der Karenzzeiten richtet sich hierbei nach den jeweils zum Zeitpunkt der Umstellung gültigen Annahmerichtlinien.

Die Versicherung wird zu dem Zeitpunkt in Kraft gesetzt, zu dem die Versicherungsfähigkeit wegfällt.

Es sind die dann gültigen Beiträge der Tarife zu entrichten, für die eine AWV abgeschlossen war. Der Beitragsberechnung wird das dann erreichte Eintrittsalter der versicherten Person zugrunde gelegt. Wurden bei Abschluss der Anwartschaftsversicherung ein Risikozuschlag oder ein Leistungsausschluss vereinbart, so werden diese mit der Inkraftsetzung wirksam. Risikozuschläge werden dann auf die jeweils geltenden Beiträge der aktiven Tarife erhoben.

Ab dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung in Kraft gesetzt wird, beginnt die Leistungspflicht des Versicherers. Während der Anwartschaftszeit eingetretene Krankheiten und Unfallfolgen sind dann vom Versicherungsschutz umfasst. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die Inkraftsetzung spätestens 6 Monate nach Wegfall der Versicherungsfähigkeit beantragt wird. Nach Ablauf dieser 6-Monatsfrist kann eine spätere Inkraftsetzung der in Anwartschaft stehenden Tarife von besonderen Bedingungen (Gesundheitsprüfung, neue Wartezeiten, Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse) abhängig gemacht werden.

5. Fortführung in der Kranken-Zusatzversicherung

Wird von dem Recht auf Inkraftsetzung kein Gebrauch gemacht, endet die AWV. Die versicherte Person kann in den Tarifen der Kranken-Zusatzversicherung AP, ZP, AG80/AGZ, SP, 10 (mit einer maximal versicherten Summe von 25 EUR) und TG6 (mit einem Tagessatz von maximal 30 EUR) versichert werden.

Besteht Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung, kann statt des Tarifs SP der Optionstarif SG10 oder SG20 versichert werden.

Der Versicherungsbeginn muss unmittelbar an das Ende der AWV anschließen. Die versicherte Person muss zu diesem Zeitpunkt in den gewählten Tarifen versicherungsfähig sein.

Eine erneute Gesundheitsprüfung erfolgt nicht. Während der Anwartschaftszeit eingetretene Krankheiten und Unfallfolgen sind dann vom Versicherungsschutz umfasst. Die Anwartschaftszeit wird auf mögliche Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass die Versicherung spätestens 6 Monate nach dem Ende der AWV beantragt wird. Nach Ablauf dieser 6-Monatsfrist kann eine Aufnahme in die Krankenzusatzversicherung von besonderen Bedingungen (Gesundheitsprüfung, neue Wartezeiten, Risikozuschläge, Leistungsausschlüsse) abhängig gemacht werden.

Der Beitragsberechnung wird das dann erreichte Eintrittsalter der versicherten Person zugrunde gelegt. Wurden bei Abschluss der Anwartschaftsversicherung ein Risikozuschlag oder ein Leistungsausschluss vereinbart, so werden diese mit der Umstellung wirksam. Risikozuschläge werden dann auf die jeweils geltenden Beiträge der aktiven Tarife erhoben.

6. Beiträge

Die Beiträge für die AWV betragen 5% des jeweils für die versicherte Person geltenden Beitrages des in Anwartschaft stehenden Tarifs.

Ändert sich der Beitrag des in Anwartschaft stehenden Tarifs, ändert sich der Beitrag für die AWV entsprechend. Beitragsänderungen sind wegen einer Beitragsanpassung oder bei Änderungen des Beitrags der in Anwartschaft stehenden Tarife wegen des Erreichens einer höheren Altersgruppe ab dem 21., 26., 31. und 36. Geburtstag möglich.

7. Ende der AWV

Mit der Übernahme in einen Krankenversicherungstarif endet die AWV.

Wird von dem Recht auf Inkraftsetzung der in Anwartschaft stehenden Tarife oder der Fortführung kein Gebrauch gemacht oder wird die AWV gekündigt, erlöschen alle erworbenen Rechte; eine Rückzahlung der Beiträge ist ausgeschlossen.

Soweit vorstehend nichts anderes bestimmt ist, gelten für die Dauer der AWV die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarife mit den zugehörigen Tarifbedingungen, für welche die AWV abgeschlossen wurde. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, der Tarife und der Tarifbedingungen haben insoweit auch für die AWV Gültigkeit. Sollten die in Anwartschaft stehenden Tarife in andere übergeführt werden, so sind die neuen Tarife auch für die AWV gültig.

Die Besonderen Bedingungen gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten-Vollversicherung (GesundheitsFair).