

Bedingungsheft der R+V Krankenversicherung AG

Gesamt-Inhaltsverzeichnis

Seite

Allgemeine Informationen

Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

3

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach den Tarifen mit der Endung "F" im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F)

Teil I Tarifbedingungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Altersrückstellungen nach Tarifen mit der Endung "F" im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F) -Teil I

6

Teil II Tarife

Tarif Klinik premium PROFIL (Tarife K1VF, K1HF, K1NF) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Ein- oder Zweibettzimmer	19
Tarif Klinik comfort PROFIL (K2VF, K2HF, K2NF) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Zweibettzimmer	23
Tarif Klinik classic PROFIL (K3VF, K3HF, K3NF) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Zweibettzimmer infolge von Unfällen	27
Tarif Blick premium PROFIL (B1VF, B1HF, B1NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für Sehhilfen	31
Tarif Blick comfort PROFIL (B2VF, B2HF, B2NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für Sehhilfen	32
Tarif Blick classic PROFIL (B3VF, B3HF, B3NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für Sehhilfen	33
Tarif Check premium PROFIL (C1VF, C1HF, C1NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen	34
Tarif Check comfort PROFIL (C2VF, C2HF, C2NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen	35
Tarif Check classic PROFIL (C3VF, C3HF, C3NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen	36
Tarif Zahn premium PROFIL (Z1VF, Z1HF, Z1NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie	37
Tarif Zahn comfort PROFIL (Z2VF, Z2HF, Z2NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie	40
Tarif Zahn classic PROFIL (Z3VF, Z3HF, Z3NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz	43
Tarife Zahn 300 PROFIL (Z300VF, Z300HF, Z300NF), Zahn 600 PROFIL (Z600VF, Z600HF, Z600NF), Zahn 900 PROFIL (Z900VF, Z900HF, Z900NF) Zusatzversicherungen mit Leistungen für Zahnersatz	45
Tarif ZahnVorsorge PROFIL (ZVVF, ZVHF, ZVNF) Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung - zahnärztliche Leistungen und Zahnvorsorge	48
Tarif Heilpraktiker PROFIL (HVF, HHF, HNF) Zusatzversicherung für ambulante Behandlung durch Heilpraktiker	49
Tarif Kostenerstattung PROFIL (AGVF, AGHF, AGNF) - Zusatzversicherung für ambulante Heilbehandlung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse	50
Tarif Premium plus PROFIL (P1VF, P1HV, P1NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie	52
Tarif Comfort plus PROFIL (P2VF, P2HV, P2NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie	55
Tarif Classic plus PROFIL (P3VF, P3HV, P3NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie	58
Tarif Klinik premium plus PROFIL (KP1VF, KP1HF, KP1NF) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Ein-/Zweibettzimmer, ambulante Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Zahnersatz, Kieferorthopädie	60

Bedingungsheft der R+V Krankenversicherung AG

Tarif Klinik comfort plus PROFIL (KP2VF, KP2HF, KP2NF) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Zweibettzimmer, ambulante Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Zahnersatz, Kieferorthopädie	66
Tarif Klinik classic plus PROFIL (KP3VF, KP3HF, KP3NF) Zusatzversicherung für unfallbedingte stationäre Behandlung im Zweibettzimmer, ambulante Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Zahnersatz	71

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung - Auslandsreise PROFIL (Tarife ARVF, ARHF, ARNF) - im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/ARF)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung - Auslandsreise PROFIL (Tarife ARVF, ARHF, ARNF) - im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/ARF)	76
--	----

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung ohne Alterungsrückstellung nach Tarifen mit der Endung "F" im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/KTF)

Teil I Tarifbedingungen

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung ohne Alterungsrückstellung nach Tarifen mit der Endung "F" im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/KTF)	87
--	----

Teil II Tarife

Tarife Krankentagegeld PROFIL (Tarife TA6VF, TA6HF, TA6NF) Krankentagegeldversicherung ohne Altersrückstellung	100
--	-----

Anhang: Gesetzesauszüge

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)	104
--	-----

Merkblatt zum Datenschutz

Merkblatt zur Datenverarbeitung	105
---------------------------------	-----

Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

Versicherungsträger

R+V Krankenversicherung AG, Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden

Vorsitzender des Aufsichtsrats: Generaldirektor Dr. Norbert Rollinger

Vorstand: Claudia Andersch, Vorsitzende; Nina Henschel, Dr. Matthias Ising, Ulrike Taube.

Handelsregister Nr. HRB 7094, Amtsgericht Wiesbaden, USt-IdNr. DE 114106943

Hauptgeschäftstätigkeit

Die R+V Krankenversicherung AG betreibt die private Krankenversicherung einschließlich der Pflegepflichtversicherung sowie die Vermittlung von Versicherungen.

Sicherungsfonds

Die R+V Krankenversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74 c, 50968 Köln an, der nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz zum Schutz der Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen dient.

Wesentliche Merkmale der Versicherung

Die für das von Ihnen beantragte Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen Sie bitte dem Antrag und diesem Bedingungsheft.

Wesentliche Merkmale der von Ihnen beantragten Versicherungen - wie z. B. Art, Umfang und Fälligkeit unserer Leistungen - ergeben sich aus den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Beitrag

Die Höhe des Beitrags und die Zahlungsweise entnehmen Sie bitte dem Anschreiben zum Versicherungsschein und dem Versicherungsschein.

Zahlung und Erfüllung

Die Bestimmungen zur Zahlung und Erfüllung des Beitrags finden Sie in den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Zusätzlich anfallende Kosten

Informationen zu den während der Vertragslaufzeit möglicherweise anfallenden Kosten entnehmen Sie bitte den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Die Höhe der Kosten, die für die Nutzung der von uns zur Kommunikation zur Verfügung gestellten Servicenummern entstehen, finden Sie im direkten Anschluss an die jeweilige Telefon- oder Telefaxnummer.

Zustandekommen des Vertrags

Vor Abgabe Ihres Antrags erhalten Sie mit diesen Verbraucherinformationen die Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls sonstige vertragsrelevante Informationen. Die Aufnahme Ihres Antrags stellt Ihr Angebot zum Abschluss eines Versicherungsvertrages dar. Mit Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmestätigung der R+V Krankenversicherung AG ist der Versicherungsvertrag geschlossen, sofern Sie nicht Ihr Widerrufsrecht ausüben.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch frühestens mit Abschluss des Vertrages und nicht vor Ablauf eventueller Wartezeiten. In der privaten Pflegepflichtversicherung ist der Beginn des Versicherungsschutzes zudem von der rechtzeitigen Zahlung des ersten Beitrags abhängig. Näheres können Sie auch § 2 der für den jeweiligen Tarif geltenden Versicherungsbedingungen entnehmen.

Widerrufsbelehrung nach § 8 VVG

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform, z. B. Brief, Fax, E-Mail, widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Absatz 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 der VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform, erhalten haben, bei Verträgen, die im elektronischen Geschäftsverkehr geschlossen wurden, jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten nach § 312 i Absatz 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs in Verbindung mit Artikel 246 c des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuche. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: R+V Krankenversicherung AG, Raiffeisenplatz 1, 65189 Wiesbaden, Telefax 0611 533-6190, E-Mail: gesundheit@ruv.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien, 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, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um 1/30 des im Versicherungsschein ausgewiesenen Monatsbeitrags pro Tag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen, z. B. Zinsen, herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

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

Ende der Widerrufsbelehrung

Laufzeit des Vertrags

Angaben zur Laufzeit und eine etwaige Mindestvertragsdauer finden Sie im Antrag sowie in den für Sie geltenden Versicherungsbedingungen.

Kündigungsrecht

Die Bestimmungen zum Kündigungsrecht entnehmen Sie bitte jeweils den §§ 13 und 14 der für Sie geltenden Versicherungsbedingungen, für den Tarif PKB den §§ 17 und 18 der AVB/GEPV bzw. Nrn. 7, 8 des Tarifs OT und Nr. 6 des Tarifs OTB.

Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Auf den Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Das im Falle eines Rechtsstreits zuständige Gericht finden Sie in den für den jeweiligen Tarif geltenden Versicherungsbedingungen in der Regelung zum Gerichtsstand.

Sprache

Die Vertragsbedingungen und die Vorabinformationen werden in deutscher Sprache mitgeteilt, die Kommunikation während der Laufzeit wird in deutscher Sprache geführt.

Verbraucherschlichtungsstelle und Aufsichtsbehörde

Die R+V Krankenversicherung AG hat sich verpflichtet, an Streitbeilegungsverfahren vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Der PKV-Ombudsmann übt diese Funktion aus. Bei Beschwerden können Sie daher das außergerichtliche Schlichtungsverfahren bei ihm in Anspruch nehmen. Wir erklären, dass wir an einem solchen Verfahren teilnehmen. Die Anschrift lautet: PKV-Ombudsmann, Postfach 06 02 22, 10052 Berlin. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei. Nähere Informationen zum Verfahren finden Sie auf der Homepage des PKV-Ombudsmann: www.pkv-ombudsmann.de.

Sie gehen mit der Einlegung einer Beschwerde beim PKV-Ombudsmann keinerlei Verpflichtungen ein. Die Empfehlung des Ombudsmanns bindet Sie in keiner Weise. Sie sind zudem nicht gehindert, Ihre Forderung im Klagewege zu verfolgen.

Darüber hinaus können Sie sich auch an die zuständige Aufsichtsbehörde, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn wenden. Auch eine an die Aufsichtsbehörde gerichtete Beschwerde hindert Sie nicht, Ihre Forderung gerichtlich geltend zu machen.

**Allgemeine Versicherungsbedingungen für die
Krankheitskostenversicherung ohne Altersrückstellungen nach Tarifen
mit der Endung "F" im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen
(AVB/F) -Teil I**

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Der Versicherungsschutz	2
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	3
§ 3 Wartezeiten	3
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	3
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	6
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	7
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	8
Pflichten des Versicherungsnehmers	8
§ 8 Beitragszahlung	8
§ 8 a Beitragsberechnung	9
§ 8 b Beitragsanpassung	9
§ 9 Obliegenheiten	10
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	10
§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	10
§ 12 Aufrechnung	10
Ende der Versicherung	11
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	11
§ 14 Kündigung durch den Versicherer	11
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	11
Sonstige Bestimmungen	12
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	12
§ 17 Gerichtsstand	12
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	12

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Altersrückstellungen nach Tarifen mit der Endung "F" im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F) -Teil I

gültig ab 01.07.2018

Teil I Tarifbedingungen

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er gewährt im Versicherungsfall Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) medizinisch notwendige ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen inkl. Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vergleiche aber § 15 Absatz 4). Während der ersten sechs Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über sechs Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hat.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann - soweit das Versicherungsverhältnis zu den Konditionen der Einzelversicherung geführt wird - die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die

Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) 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. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

- (2) Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform gekündigt wurde. Für den zum Gruppenversicherungsvertrag angemeldeten Mitarbeiter gilt § 13 Absatz 2.

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn des jeweiligen Tarifes an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

- (3) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

Neugeborene können nur in Tarifen versichert werden, die für den Neuzugang geöffnet sind. Der erste Beitrag berechnet sich gegebenenfalls ratierlich ab diesem Tag.

- (4) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeiten

Es gelten keine Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit im Tarif vereinbart, sind Aufwendungen für die Behandlung durch Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes erstattungsfähig.
- a) Ärztliche und zahnärztliche Leistungen umfassen die gesamte ärztliche und zahnärztliche Tätigkeit im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte bzw. Zahnärzte. Entsprechendes gilt für Verrichtungen von Heilpraktikern nach Maßgabe des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebÜH); vergleiche § 5 Absatz 1 a). Hämodialyse,

auch wenn sie ambulant im Krankenhaus durchgeführt wird, gilt als ambulante ärztliche Behandlung.

- b) Die Aufwendungen einer Psychotherapie sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie von einem staatlich geprüften, approbierten Psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne des Psychotherapeutengesetzes (PsychThG) vom 16.06.1998 durchgeführt und nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) liquidiert wird.

Leistungen für Psychotherapie werden über die im Tarif genannten Höchstsätze nur gewährt, wenn und soweit der Versicherte diese vor Beginn bzw. Fortsetzung der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Der Tarif kann abweichende Regelungen vorsehen.

- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 2 genannten Behandlern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.

- a) Arzneimittel
Nährstofflösungen zur enteralen und parenteralen Ernährung sowie medikamentenähnliche Nahrungsmittel, die zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden, z. B. Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, zwingend erforderlich sind gelten ebenso wie Verbandmaterial als Arzneimittel. Nicht als Arzneimittel, auch wenn sie vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten Nahrungsmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle) sowie Badezusätze, Desinfektions- und Kosmetikmittel.

- b) Heilmittel (physikalisch-medizinische Leistungen)
Als Heilmittel gelten medizinische Bäder, Massagen, Packungen, Inhalationen, mechanische Behandlungen, Bestrahlungen und andere Anwendungen des elektrischen Stromes, Atmungsbehandlungen, logopädische Behandlung einschließlich Stimmbildungen, ergotherapeutische Behandlung, podologische Behandlung, Schwangerschaftsgymnastik (ohne Geburtsvorbereitungskurse), Krankengymnastik und Übungsbehandlungen. Mehraufwendungen für die Behandlung in der Wohnung des Patienten sind nicht erstattungsfähig.

Heilmittel müssen von Ärzten, Heilpraktikern oder Angehörigen anderer staatlich anerkannter Heil(hilfs)berufe (z. B. Masseuren) erbracht werden.

- c) Hilfsmittel
Soweit nicht anders geregelt, sind die Aufwendungen für Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung medizinisch notwendiger Hilfsmittel einschließlich Körperersatzstücke sowie Behandlungs- und Kontrollgeräte erstattungsfähig.

Sofern der Tarif Leistungen für Sehhilfen enthält, sind auch die Aufwendungen für die Refraktionsbestimmung durch Optiker erstattungsfähig.

Leistungen für das jeweilige Hilfsmittel werden im Kalenderjahr höchstens einmal gewährt. Der Tarif kann eine abweichende Regelung vorsehen.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Unterhaltungs- und Betriebskosten von Hilfsmitteln, z. B. Reinigungs- und Pflegemittel, Ersatzbatterien, Ladegeräte. Ferner sind nicht erstattungsfähig sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel und Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens (z. B. Fieberthermometer), die unabhängig von einer bestehenden Erkrankung üblicherweise in einem Haushalt vorhanden sind.

- d) Transportkosten bei ambulanten Heilbehandlungen
Erstattungsfähig ist der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport des Versicherten vom Wohnsitz zur Dialysebehandlung, zur Chemo- und zur Strahlentherapie.

- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen,

über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Es werden die im Tarif festgelegten Leistungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlungen erbracht:

- a) Allgemeine Krankenhausleistungen gemäß der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes in der jeweils geltenden Fassung. Hierzu zählen auch medizinisch notwendige Transporte zum und vom nächstgelegenen, für die Heilbehandlung erforderlichen Krankenhaus.
 - b) Sofern der Tarif dies vorsieht: Wahlleistungen gemäß der jeweils gültigen Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes in der jeweils geltenden Fassung.
 - c) Behandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr
Die stationäre Behandlung in einem Bundeswehrkrankenhaus wird einer Krankenhausbehandlung gleichgestellt. Bei einer vom Truppenarzt oder einem anderen Arzt angeordneten stationären Heilbehandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr wird die Hälfte des Krankenhaustagegeldes bzw. des Ersatzkrankenhaustagegeldes gezahlt.
 - d) Teilstationäre Behandlung
Bei teilstationärer Behandlung wird die Hälfte des tariflichen Krankenhaustagegeldes bzw. des Ersatzkrankenhaustagegeldes gezahlt. Entsprechendes gilt bei einer Beurlaubung für einen Teil des Tages; bei einer ganztägigen Beurlaubung wird kein Krankenhaustagegeld bzw. Ersatzkrankenhaustagegeld fällig.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Der Versicherer wird sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:

- a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder
- b) es sich um eine Notfalleinweisung handelte, oder
- c) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder
- d) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.

Die tariflichen Leistungen werden auch dann gewährt, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere stationäre Behandlung in einer Krankenanstalt nach Absatz 5 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern. Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers bedarf es nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung nicht länger als vier Wochen dauert.

- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

- (7) Soweit der Tarif jährliche betragsmäßige Festlegungen (Selbstbehalt, Leistungshöchstsatze) vorsieht, gelten diese je versicherte Person für volle Kalenderjahre und für Versicherungsbeginne im I. Quartal.

Beginnt die Versicherung während des II. Quartals, ermäßigt sich für dieses Kalenderjahr der Betrag um ein Viertel, bei Beginn im III. Quartal um die Hälfte, bei Beginn im IV. Quartal um drei Viertel. Bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses mindert sich der Betrag nicht. Die Aufwendungen werden jeweils dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die Heilbehandlung erfolgt bzw. die Arznei-, Verband- und Hilfsmittel bezogen werden. Der Tarif kann hiervon abweichende Regelungen vorsehen.

- (8) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der versicherte Mitarbeiter in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (9) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
- a) für die Teile einer Liquidation, die den Vorschriften der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte bzw. für Zahnärzte nicht entsprechen oder deren Höchstsätze überschreiten; entsprechendes gilt für die Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP). Für das jeweils gültige Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) gilt entsprechendes, sofern die Höchstbeträge überschritten sind. Der Tarif kann eine abweichende Regelung vorsehen;
 - b) für Aufwendungen, die für ärztliche Gutachten und Atteste entstehen, die privaten oder dienstlichen Zwecken dienen, für Pflegepersonal und Desinfektionen und für die Beeinflussung von Lern- und Erziehungsschwierigkeiten;
 - c) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - d) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - e) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

- f) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner im Sinne des Gesetzes über die Eingetragene Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung;
 - i) für Behandlungen bzw. Untersuchungen, die im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Anmeldung der versicherten Person zum Gruppenversicherungsvertrag bzw. Antragstellung bekannten bestehenden Schwangerschaft erforderlich werden, einschließlich Entbindung, Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch und Nach- bzw. Folgebehandlungen.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- Dies gilt auch für Heilbehandlungskosten aus Berufsunfällen, die in tariflicher Höhe ohne Beitragszuschlag mit versichert sind.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- a) Als Nachweis sind Rechnungen im Original vorzulegen. Diese müssen enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Aufnahme- und Entlassungstag sowie Pflegeklasse bzw. Bettenzahl je Zimmer im Krankenhaus, Leistungen des Behandlers mit Ziffern der Gebührenordnung und jeweiligem Behandlungsdatum.
 - b) Wird nur Krankenhaustagegeld oder Kurtagegeld beantragt, genügt statt der Rechnung eine Bescheinigung des Krankenhauses/der Kuranstalt über die Dauer des Aufenthaltes. Die Bescheinigung muss außerdem enthalten: Name der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, eventuelle Beurlaubungstage bzw. teilstationäre Behandlungen. Gegen Zwischenbescheinigungen können Krankenhaustagegeld- oder Kurtagegeld-Zahlungen für Zeitabschnitte von mindestens drei Wochen erfolgen.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für

die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs nach "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.

Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Ist ein Krankenhaus-Ausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

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

Es werden Beitragsgruppen gebildet für Alter 0 - 15, 16 - 67, ab 68 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird.

- (3) In Deutschland sind Krankenversicherungsbeiträge nach aktueller Rechtslage von der Versicherungsteuer befreit. Auf die in den technischen Berechnungsgrundlagen ausgewiesenen Beiträge wird deshalb derzeit keine Versicherungsteuer erhoben, dies wird im Versicherungsschein entsprechend dokumentiert.

In einigen ausländischen Staaten wird Versicherungsteuer auf Beiträge zu Krankenversicherungsverträgen erhoben. Im europäischen Ausland ist im Regelfall der Versicherer zur Steuerentrichtung verpflichtet. Sofern der Versicherer Steuerschuldner bzw. Steuerentrichtungsschuldner für Versicherungsteuer ist, wird die auf den steuerpflichtigen Beitrag zum jeweils gültigen Steuersatz anfallende Versicherungsteuer ausgewiesen und zusätzlich zum Beitrag erhoben.

- (4) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt.

- (5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,50 EUR. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

- (6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8 a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der versicherten Person berücksichtigt. Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risiko- und Beitragszuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8 b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.

Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Treuhänder ist derjenige Treuhänder, der vom Versicherer gegenüber der Aufsichtsbehörde als unabhängiger Treuhänder für die nicht gesetzlich vorgeschriebenen substitutiven Krankenversicherungstarife benannt ist. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung oder ein tariflicher Beitragszuschlag angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung können auch betragsmäßig festgelegte Leistungen mit Zustimmung des Treuhänders der Entwicklung der Kostenverhältnisse angepasst werden.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht ein anderer Zeitpunkt im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages bestimmt wird.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Die versicherten Personen haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist sie verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Absatz 4 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges nach § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) 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.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Soweit im Gruppenversicherungsvertrag nicht anders geregelt, kann der zum Gruppenversicherungsvertrag angemeldete Mitarbeiter während der Dauer der Versicherung innerhalb des Gruppenversicherungsvertrages nur das gesamte nach dem Gruppenversicherungsvertrag für eine versicherte Person bestehende Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt bzw. ein Beitragszuschlag zu zahlen ist, kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens gekündigt werden, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen nach § 18 Absatz 1, so kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung gekündigt werden. Bei einer Beitragserhöhung kann das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung gekündigt werden.
- (5) Sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, kann die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung zum Schlusse des Monats verlangt werden, in dem die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrages bzw. bei vorzeitigem Ausscheiden des zum Gruppenversicherungsvertrag angemeldeten Mitarbeiters aus dem Unternehmen des Gruppenversicherungsvertragspartners hat der Mitarbeiter das Recht, das Versicherungsverhältnis ohne Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten zu den Bedingungen der Einzelversicherung der entsprechenden Tarife fortzuführen, soweit Versicherungsfähigkeit

gegeben ist. Als Eintrittsalter wird das dann erreichte Alter zu Grunde gelegt. Die Einzelheiten hierzu regelt der Gruppenversicherungsvertrag.

- (2) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des am Gruppenversicherungsvertrag teilnehmenden Mitarbeiters des Gruppenversicherungsvertragspartners. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Mitarbeiters abzugeben.
- (3) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (4) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.
- (5) Liegt ein Scheidungsurteil bzw. ein Urteil über die Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft vor, dann haben die Ehegatten bzw. Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen, soweit Versicherungsfähigkeit besteht. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten bzw. Lebenspartner getrennt leben.
- (6) Als Tätigkeits- bzw. Geschäftsgebiet des Versicherers gilt die Bundesrepublik Deutschland.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Hinsichtlich des Treuhänders gilt § 8 b Absatz 1 Satz 4 entsprechend. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil, es sei denn, mit dem Gruppenversicherungspartner wird ein anderer Termin vereinbart.

Tarif Klinik premium PROFIL (Tarife K1VF, K1HF, K1NF) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Ein- oder Zweibettzimmer

gültig ab 01.07.2013

Die Tarife K1VF, K1HF, K1NF gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach den Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F)

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarifen K1VF, K1HF, K1NF können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherung in der GKV.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt die in den Nummern 2.1 bis 2.9 aufgeführten Leistungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt.

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

In Erweiterung von § 5 Absatz 1 a) AVB/F sind ärztliche Leistungen, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

2.1. Stationäre Behandlung im Inland bei Berechnung nach KHEntgG bzw. BpflV

2.1.1. Der Versicherer erstattet für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung die erstattungsfähigen Aufwendungen für nachfolgend genannte Leistungen, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) in der jeweils gültigen Fassung abrechnet:

- Unterkunft in einem gesondert berechenbaren Ein- oder Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) einschließlich der Kosten für die Bereitstellung eines Telefonanschlusses und Fernsehers mit Ausnahme der Nutzungsgebühren
zu 100 %;
- gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) zu 100 %;
- Leistungen und Sachkosten eines Belegarztes, soweit diese nicht von der GKV übernommen werden
zu 100 %;
- Mehrkosten, die dem Versicherten von der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus gewählt hat
zu 100 %.

In Erweiterung von § 5 Nr.1 Sätze 2 und 3 Teil II AVB/KK 2009 sind ärztliche Leistungen, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

2.1.2 Verzichtet der Versicherte im Einzelfall auf die Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung, so wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Dieses beträgt:

- bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft (d. h. Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten) 30 EUR;
- bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) 40 EUR;
- bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft und auf wahlärztliche Leistungen 70 EUR.

Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustaggeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistung gesondert berechenbares Zweibettzimmer angeboten wird.

Für das Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft gelten Aufnahme- und Entlassungstag als ein Krankenhaustag.

Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegeldes, bei ganztägiger Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

2.2. Stationäre Behandlung im Ausland bzw. im Inland, die nicht nach KHEntgG bzw. BPfIV berechnet wird

Werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung berechnet oder erfolgt die Behandlung im Ausland, erstattet der Versicherer die Aufwendungen in folgendem Umfang:

2.2.1 Nach Vorleistung der GKV:
Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte einschließlich der Leistungen von Belegärzten, Sachkosten sowie vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.4)
zu 100 %;

Liquidationen von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland sind bis zu den am Aufenthaltsort üblichen Berechnungssätzen erstattungsfähig.

2.2.2 Ohne Vorleistung der GKV:
Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte, einschließlich der Leistungen von Belegärzten und Sachkosten bis zu einem Erstattungsbetrag von 6.000 EUR im Kalenderjahr
zu 90 %.

Auf den Erstattungshöchstbetrag werden etwaige Leistungen nach Nr. 2.7, 2. Alternative, angerechnet.

2.3 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Für ambulante Operation in einem Krankenhaus erstattet der Versicherer, wenn dadurch eine ansonsten notwendige vollstationäre Behandlung vermieden wird, die Aufwendungen wie folgt:

2.3.1 Nach Vorleistung der GKV:
Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt, Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.4) sowie Sachkosten werden ersetzt
zu 100 %.

2.3.2 Ohne Vorleistung der GKV:
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt einschließlich Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.4) sowie

Sachkosten, bis zu einem Erstattungsbetrag von 6.000 EUR im Kalenderjahr werden ersetzt

zu 90 %.

2.4 Vor- und nachstationäre Behandlung bzw. Vor- und Nachuntersuchung bei ambulanter Operation

Die Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. ambulanten Operation medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation sind während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation in dem in Nr. 2.2 bzw. 2.3 genannten Umfang erstattungsfähig.

2.5 Rooming-In

Bei vollstationärer Behandlung eines nach Tarif K1VF, K1HF, K1NF versicherten Kindes sind die zusätzlichen Unterbringungs- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig

zu 100 %,

wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.

2.6 Nachhilfeunterricht

Der Versicherer erstattet für versicherte Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu insgesamt 200 EUR innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren (das erste Kalenderjahr ist das des Versicherungsbeginns) der Aufwendungen für Nachhilfeunterricht, wenn der Nachhilfeunterricht wegen eines vorherigen mindestens dreiwöchigen stationären Krankenhausaufenthaltes notwendig ist,

zu 100 %.

Zwischen dem Ende des Krankenhausaufenthaltes und dem Beginn des Nachhilfeunterrichts dürfen nicht mehr als 2 Monate liegen. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Nachhilfeunterricht aufgrund stationärer Aufenthalte infolge z. B. Schulphobie bzw. Schulangst.

2.7 Transportkosten

In Ergänzung zu § 4 Nr. 4 a Teil II AVB/F werden bei vollstationärer Behandlung ersetzt:

- nach Vorleistung der GKV:
die verbleibenden Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Krankentransport sowie für Rettungsfahrten zum und vom Krankenhaus
zu 100 %;
- ohne Vorleistung der GKV:
die Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Krankentransport zum bzw. vom Krankenhaus bis zu einem Erstattungsbetrag von 6.000 EUR im Kalenderjahr
zu 90 %.

Auf diesen Erstattungshöchstbetrag werden etwaige Leistungen nach Nr. 2.2.2 angerechnet.

Medizinisch notwendig ist ein Krankentransport, wenn die versicherte Person während der Fahrt auf eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens angewiesen ist oder dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.

2.8 Geburtspauschale

Bei Geburt, auch Mehrlingsgeburt, zahlt der Versicherer ohne Kostennachweis einen Betrag von 200 EUR, unabhängig davon, ob die Entbindung stationär oder ambulant erfolgt.

2.9 Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen erstattet der Versicherer bei Unfall bzw. unvorhersehbarer Krankheit nach Reisebeginn folgende Aufwendungen

zu 100 %:

- die für einen Rücktransport des Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland entstehenden Kosten, wenn der Rücktransport
 - a) medizinisch sinnvoll und vertretbar ist und der behandelnde Arzt im Ausland ihn schriftlich anordnet und die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports in Abstimmung zwischen dem ausländischen Arzt und einem Beratungsarzt des Versicherers erfolgt oder
 - b) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransportes übersteigen oder
 - c) nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage überschreitet.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein Attest von einem im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Arzt erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft angeordnet wurde. Durch Rücktransporte ersparte Flug- und Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen;

- die Kosten für die Bestattung am Sterbeort oder Überführung einer während des Auslandsaufenthaltes verstorbenen versicherten Person an den letzten Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einem Betrag von 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung der Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Aufwendungen für stationäre Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen
- Aufwendungen für Untersuchung und Behandlung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (unerfüllter Kinderwunsch) sowie aus solchen Maßnahmen resultierende Komplikationen.

Tarif Klinik comfort PROFIL (K2VF, K2HF, K2NF) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Zweibettzimmer

gültig ab 01.07.2013

Die Tarife K2VF, K2HF, K2NF gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach den Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F)

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarifen K2VF, K2HF, K2NF können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherung in der GKV.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt die in Nrn. 2.1 bis 2.11 aufgeführten Leistungen für medizinisch notwendige Heilbehandlung, Entbindung oder Fehlgeburt.

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

2.1. Stationäre Behandlung im Inland bei Berechnung nach KHEntgG bzw. BPfIV

2.1.1. Der Versicherer erstattet für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung die erstattungsfähigen Aufwendungen für nachfolgend genannte Leistungen, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung abrechnet:

- Unterkunft in einem gesondert berechenbaren Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) einschließlich der Kosten für die Bereitstellung eines Telefonanschlusses und Fernsehers mit Ausnahme der Nutzungsgebühren zu 100 %;
- gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) zu 100 %;
- Leistungen und Sachkosten eines Belegarztes, soweit diese nicht von der GKV übernommen werden zu 100 %;
- Mehrkosten, die dem Versicherten von der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus gewählt hat zu 100 %.

2.1.2. Verzichtet der Versicherte im Einzelfall auf die Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung, so wird je Krankenhaustag ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Dieses beträgt:

- bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft, d. h. Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten 20 EUR;
- bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) 40 EUR;
- bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft und auf wahlärztliche Leistungen 60 EUR.

Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistung gesondert berechenbares Zweibettzimmer angeboten wird.

Für das Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft gelten Aufnahme- und Entlassungstag als ein Krankenhaustag.

Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegeldes, bei ganztägiger Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

2.2. Stationäre Behandlung im Ausland bzw. im Inland, die nicht nach KHEntgG bzw. BPfIV berechnet wird

Werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung berechnet oder erfolgt die Behandlung im Ausland, erstattet der Versicherer die Aufwendungen in folgendem Umfang:

- 2.2.1 Nach Vorleistung der GKV:
Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte einschließlich der Leistungen von Belegärzten, Sachkosten sowie vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus, siehe Nr. 2.6

zu 100 %;

Liquidationen von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland sind bis zu den am Aufenthaltsort üblichen Berechnungssätzen erstattungsfähig.

- 2.2.2 Ohne Vorleistung der GKV:
Krankenhaustagegeld für jeden Tag der stationären Behandlung von 60 EUR.

2.3 Behandlung im Einbettzimmer

Erfolgt die Behandlung im gesondert berechneten Einbettzimmer, werden von den für das Einbettzimmer entstandenen Kosten 30 EUR pro Berechnungstag abgezogen (Eigenanteil).

2.4 Psychotherapie

Bei stationärer Psychotherapie leistet der Versicherer für bis zu 30 Tage pro Kalenderjahr. Darüber hinausgehend besteht ein Anspruch auf Leistungen nur, soweit der Versicherer diese vorher schriftlich zugesagt hat.

2.5 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Für ambulante Operation in einem Krankenhaus erstattet der Versicherer, wenn dadurch eine ansonsten notwendige vollstationäre Behandlung vermieden wird, die Aufwendungen wie folgt

- 2.5.1 Nach Vorleistung der GKV:
Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt, Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus, siehe Nr. 2.6, sowie Sachkosten werden ersetzt zu

100 %.

- 2.5.2 Ohne Vorleistung der GKV:
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt einschließlich Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus, siehe Nr. 2.6, sowie Sachkosten, bis zu einem Erstattungsbetrag von 3.000 EUR im Kalenderjahr werden ersetzt zu

70 %.

2.6 Vor- und nachstationäre Behandlung bzw. Vor- und Nachuntersuchung bei ambulanter Operation

Die Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. ambulanten Operation medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation sind während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation in dem in Nr. 2.2.1 bzw. 2.5 genannten Umfang erstattungsfähig.

2.7 Rooming-In

Bei vollstationärer Behandlung eines nach einem Tarif K2VF, K2HF, K2NF versicherten Kindes sind die zusätzlichen Unterbringungs- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig

zu 100 %,

wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.

2.8 Nachhilfeunterricht

Der Versicherer erstattet für versicherte Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu insgesamt 200 EUR innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren (das erste Kalenderjahr ist das des Versicherungsbeginns) der Aufwendungen für Nachhilfeunterricht, wenn der Nachhilfeunterricht wegen eines vorherigen mindestens dreiwöchigen stationären Krankenhausaufenthalts notwendig ist

zu 100 %.

Zwischen dem Ende des Krankenhausaufenthalts und dem Beginn des Nachhilfeunterrichts dürfen nicht mehr als 2 Monate liegen. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Nachhilfeunterricht aufgrund stationärer Aufenthalte infolge z. B. Schulphobie bzw. Schulangst.

2.9 Transportkosten

In Ergänzung zu § 4 Nr. 4 a Teil II AVB/F werden bei vollstationärer Behandlung ersetzt, die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Krankentransport sowie für Rettungsfahrten zum und vom Krankenhaus

zu 100 %;

Medizinisch notwendig ist ein Krankentransport, wenn die versicherte Person während der Fahrt auf eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens angewiesen ist oder dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.

2.10 Geburtspauschale

Bei Geburt, auch Mehrlingsgeburt, zahlt der Versicherer ohne Kostennachweis einen Betrag von 100 EUR, unabhängig davon, ob die Entbindung stationär oder ambulant erfolgt.

2.11 Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen erstattet der Versicherer bei Unfall bzw. unvorhersehbarer Krankheit nach Reisebeginn folgende Aufwendungen

zu 100 %:

- die für einen Rücktransport des Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland entstehenden Kosten, wenn der Rücktransport
 - a) medizinisch sinnvoll und vertretbar ist und der behandelnde Arzt im Ausland ihn schriftlich anordnet und die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports in Übereinstimmung zwischen dem ausländischen Arzt und einem Beratungsarzt des Versicherers erfolgt oder

- b) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransportes übersteigen oder
- c) nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage überschreitet.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein Attest von einem im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Arzt erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft angeordnet wurde. Durch Rücktransporte ersparte Flug- und Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen;

- die Kosten für die Bestattung am Sterbeort oder Überführung einer während des Auslandsaufenthaltes verstorbenen versicherten Person an den letzten Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einem Betrag von 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung der Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte
- Aufwendungen für stationäre Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen
- Aufwendungen für Untersuchung und Behandlung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (unerfüllter Kinderwunsch) sowie aus solchen Maßnahmen resultierende Komplikationen.

Tarif Klinik classic PROFIL (K3VF, K3HF, K3NF) Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Zweibettzimmer infolge von Unfällen

gültig ab 01.07.2013

Die Tarife K3VF, K3HF, K3NF gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach den Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F)

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarifen K3VF, K3HF, K3NF können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Ausgenommen sind Personen, die mehr als 50 % ihres Einkommens aus der Ausübung einer Sportart beziehen (Berufssportler, Sportprofis).

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherung in der GKV.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt die in Nrn. 2.2 bis 2.10 aufgeführten Leistungen ausschließlich für medizinisch notwendige Heilbehandlung, die aufgrund eines nach Versicherungsabschluss eingetretenen Unfalls erforderlich wird.

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

2.1. Unfallbegriff

2.1.1. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

Darüber hinaus gilt als Unfall eine durch Zeckenbiss übertragene Infektion, wenn die Infektion frühestens einen Monat nach Beginn der Versicherung nach diesem Tarif erstmals ärztlich festgestellt wird.

2.1.2. Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle, die verursacht sind durch:

- a) Trunkenheit oder Einnahme von Rauschmitteln;
- b) Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, es sei denn, diese Anfälle wurden durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht;
- c) die Teilnahme als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;
- d) die Ausübung von Extremsportarten, wie z. B.: Drachenfliegen, Gleitschirmfliegen, Freitauchen, B.A.S.E.jumping, Freeclimbing, Boxen, Thai-, Kickboxen und Vollkontaktkarate sowie andere, ebenso risikoreiche Sportarten;
- e) sowie für Unfälle, die bei Ausführung oder Versuch einer vorsätzlichen Straftat der versicherten Person geschehen.

2.1.3 Versicherungsschutz besteht ferner nicht für:

- a) Infektionskrankheiten infolge von Insektenstichen oder -bissen, siehe hierzu aber Nr. 2.1.1 Satz 3;
- b) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund; Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt einer Vergiftung das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben;
- c) Heilbehandlung oder Eingriffe am Körper der versicherten Person, die nicht durch einen Unfall veranlasst sind;
- d) Bauch- oder Unterleibsbrüche;
- e) Schäden an Bandscheiben;
- f) Behandlungen infolge von Unfällen, die sich vor Vertragsabschluss ereignet haben.

2.2. Stationäre Behandlung im Inland bei Berechnung nach KHEntgG bzw. BPfIV

2.2.1 Der Versicherer erstattet für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung die erstattungsfähigen Aufwendungen für nachfolgend genannte Leistungen, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung abrechnet:

- Unterkunft in einem gesondert berechenbaren Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft einschließlich der Kosten für die Bereitstellung eines Telefonanschlusses und Fernsehers mit Ausnahme der Nutzungsgebühren)
zu 100 %;
- gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)
zu 100 %;
- Leistungen und Sachkosten eines Belegarztes, soweit diese nicht von der GKV übernommen werden
zu 100 %;
- Mehrkosten, die dem Versicherten von der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus gewählt hat
zu 100 %.

2.2.2 Verzichtet der Versicherte im Einzelfall auf die Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung, so wird je Krankenhaustag ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Dieses beträgt

- bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft, d. h. Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten 20 EUR;
- bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) 40 EUR;
- bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft und auf wahlärztliche Leistungen 60 EUR.

Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistung gesondert berechenbares Zweibettzimmer angeboten wird. Für das Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft gelten Aufnahme- und Entlassungstag als ein Krankenhaustag. Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegeldes, bei ganztägiger Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

2.3 Stationäre Behandlung im Ausland bzw. im Inland, die nicht nach KHEntgG bzw. BPfIV berechnet wird

Werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung berechnet oder erfolgt die Behandlung im Ausland, erstattet der Versicherer die Aufwendungen in folgendem Umfang:

- 2.3.1. Nach Vorleistung der GKV:
Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte einschließlich der Leistungen von Belegärzten, Sachkosten sowie vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus, siehe Nr. 2.7

zu 100 %;

Liquidationen von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland sind bis zu den am Aufenthaltsort üblichen Berechnungssätzen erstattungsfähig.

- 2.3.2 Ohne Vorleistung der GKV:
Krankenhaustagegeld für jeden Tag der stationären Behandlung von 60 EUR.

2.4 Behandlung im Einbettzimmer

Erfolgt die Behandlung im gesondert berechneten Einbettzimmer, werden von den für das Einbettzimmer entstandenen Kosten 30 EUR pro Berechnungstag abgezogen (Eigenanteil).

2.5 Psychotherapie

Bei unfallbedingter stationärer Psychotherapie leistet der Versicherer für bis zu 30 Tage pro Kalenderjahr. Darüber hinausgehend besteht ein Anspruch auf Leistungen nur, soweit der Versicherer diese vorher schriftlich zugesagt hat.

2.6 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Für ambulante Operation in einem Krankenhaus erstattet der Versicherer, wenn dadurch eine ansonsten notwendige vollstationäre Behandlung vermieden wird, die Aufwendungen wie folgt

- 2.6.1 Nach Vorleistung der GKV:
Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt, Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus, siehe Nr. 2.7, sowie Sachkosten werden ersetzt zu

100 %.

- 2.6.2 Ohne Vorleistung der GKV:
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt einschließlich Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus, siehe Nr. 2.7, sowie Sachkosten, bis zu einem Erstattungsbetrag von 3.000 EUR im Kalenderjahr werden ersetzt zu

70 %.

2.7 Vor- und nachstationäre Behandlung bzw. Vor- und Nachuntersuchung bei ambulanter Operation

Die Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. ambulanten Operation nach Nr. 2. 6 medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation sind während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation in dem in Nr. 2.3.1 bzw. 2.6 genannten Umfang erstattungsfähig.

2.8 Rooming-In

Bei vollstationärer Behandlung eines nach Tarif K3VF, K3HF, K3NF versicherten Kindes sind die zusätzlichen Unterbringungs- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig

zu 100 %,

wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.

2.9 Nachhilfeunterricht

Der Versicherer erstattet für versicherte Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu insgesamt 200 EUR innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren (das erste Kalenderjahr ist das des Versicherungsbeginns) der Aufwendungen für Nachhilfeunterricht, wenn der Nachhilfeunterricht wegen eines vorherigen mindestens dreiwöchigen stationären Krankenhausaufenthaltes notwendig ist

zu 100 %.

Zwischen dem Ende des Krankenhausaufenthaltes und dem Beginn des Nachhilfeunterrichts dürfen nicht mehr als 2 Monate liegen. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Nachhilfeunterricht aufgrund stationärer Aufenthalte infolge z. B. Schulphobie bzw. Schulangst.

2.10 Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen erstattet der Versicherer bei Unfall folgende Aufwendungen

zu 100 %:

- die für einen Rücktransport des Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland entstehenden Kosten, wenn der Rücktransport
 - a) medizinisch sinnvoll und vertretbar ist und der behandelnde Arzt im Ausland ihn schriftlich anordnet und die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports in Übereinstimmung zwischen dem ausländischen Arzt und einem Beratungsarzt des Versicherers erfolgt oder
 - b) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransportes übersteigen oder
 - c) nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage überschreitet.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein Attest von einem im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Arzt erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft angeordnet wurde. Durch Rücktransporte ersparte Flug- und Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen;

- die Kosten für die Bestattung am Sterbeort oder Überführung einer während des Auslandsaufenthaltes verstorbenen versicherten Person an den letzten Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einem Betrag von 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung der Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Aufwendungen für stationäre Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen

Tarif Blick premium PROFIL (B1VF, B1HF, B1NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für Sehhilfen

gültig ab 01.07.2013

Tarife B1VF, B1HF, B1NF gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach den Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F).

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarifen B1VF, B1HF, B1NF können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherung in der GKV.

Eine Versicherung nach Tarif B1VF, B1HF bzw. B1NF kann nur gemeinsam mit einem anderen Tarif des Versicherers, dessen Tarifname die Endung F trägt - ausgenommen Tarife ARVF, ARHF, ARNF - abgeschlossen und aufrechterhalten werden. Endet der letzte neben einem Tarif B1VF, B1HF bzw. B1NF bestehende Tarif mit der Endung F (ausgenommen Tarif ARVF, ARHF oder ARNF), endet gleichzeitig auch der vereinbarte Tarif B1VF, B1HF bzw. B1NF.

2. Leistungen des Versicherers

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden Aufwendungen für Sehhilfen (z. B. Brillengläser, -fassungen sowie Kontaktlinsen), unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen oder Änderung der Fehlsichtigkeit, bis zu einem Gesamtbetrag von 300 EUR erstattet

zu 100 %.

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte.

Tarif Blick comfort PROFIL (B2VF, B2HF, B2NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für Sehhilfen

gültig ab 01.07.2013

Die Tarife B2VF, B2HF, B2NF gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach den Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F).

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarifen B2VF, B2HF, B2NF können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherung in der GKV.

Eine Versicherung nach Tarif B2VF, B2HF bzw. B2NF kann nur gemeinsam mit einem anderen Tarif des Versicherers, dessen Tarifname die Endung F trägt - ausgenommen Tarife ARVF, ARHF, ARNF - abgeschlossen und aufrechterhalten werden. Endet der letzte neben einem Tarif B2VF, B2HF bzw. B2NF bestehende Tarif mit der Endung F (ausgenommen Tarif ARVF, ARHF oder ARNF), endet gleichzeitig auch der vereinbarte Tarif B2VF, B2HF bzw. B2NF.

2. Leistungen des Versicherers

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden Aufwendungen für Sehhilfen (z. B. Brillengläser, -fassungen sowie Kontaktlinsen), unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen oder Änderung der Fehlsichtigkeit, bis zu einem Gesamtbetrag von 200 EUR erstattet

zu 100 %.

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte.

Tarif Blick classic PROFIL (B3VF, B3HF, B3NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für Sehhilfen

gültig ab 01.07.2013

Die Tarife B3VF, B3HF, B3NF gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach den Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F).

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarifen B3VF, B3HF, B3NF können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherung in der GKV.

Eine Versicherung nach Tarif B3VF, B3HF bzw. B3NF kann nur gemeinsam mit einem anderen Tarif des Versicherers, dessen Tarifname die Endung F trägt - ausgenommen Tarife ARVF, ARHF, ARNF - abgeschlossen und aufrechterhalten werden. Endet der letzte neben einem Tarif B3VF, B3HF bzw. B3NF bestehende Tarif mit der Endung F (ausgenommen Tarif ARVF, ARHF oder ARNF), endet gleichzeitig auch der vereinbarte Tarif B3VF, B3HF bzw. B3NF.

2. Leistungen des Versicherers

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden Aufwendungen für Sehhilfen (z. B. Brillengläser, -fassungen sowie Kontaktlinsen), unabhängig von der Anzahl der Sehhilfen oder Änderung der Fehlsichtigkeit, bis zu einem Gesamtbetrag von 100 EUR erstattet

zu 100 %.

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte.

Tarif Check premium PROFIL (C1VF, C1HF, C1NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

gültig ab 01.07.2013

Die Tarife C1VF, C1HF, C1NF gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach den Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F).

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarifen C1VF, C1HF, C1NF können alle Personen versichert werden, die entweder bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert oder bei einer in Deutschland zugelassenen Privaten Krankenversicherung (PKV) krankenvollversichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherung in der GKV bzw. PKV.

2. Leistungen des Versicherers

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden Aufwendungen für

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte und
- Schutzimpfungen inkl. solcher wegen beruflicher Tätigkeit und Reiseimpfungen

bis zu einem Gesamtbetrag von 600 EUR erstattet

zu 100 %.

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Krankheitskostenzusatzversicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

Tarif Check comfort PROFIL (C2VF, C2HF, C2NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

gültig ab 01.07.2013

Die Tarife C2VF, C2HF, C2NF gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach den Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F).

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarifen C2VF, C2HF, C2NF können alle Personen versichert werden, die entweder bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert oder bei einer in Deutschland zugelassenen Privaten Krankenversicherung (PKV) krankenvollversichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherung in der GKV bzw. PKV.

2. Leistungen des Versicherers

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden Aufwendungen für

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte und
- Schutzimpfungen inkl. solcher wegen beruflicher Tätigkeit und Reiseimpfungen

bis zu einem Gesamtbetrag von 400 EUR erstattet

zu 100 %.

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Krankheitskostenzusatzversicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

Tarif Check classic PROFIL (C3VF, C3HF, C3NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

gültig ab 01.07.2013

Die Tarife C3VF, C3HF, C3NF gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach den Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F).

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarifen C3VF, C3HF, C3NF können alle Personen versichert werden, die entweder bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert oder bei einer in Deutschland zugelassenen Privaten Krankenversicherung (PKV) krankenvollversichert sind.

Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherung in der GKV bzw. PKV.

2. Leistungen des Versicherers

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden Aufwendungen für

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte und
- Schutzimpfungen inkl. solcher wegen beruflicher Tätigkeit und Reiseimpfungen

bis zu einem Gesamtbetrag von 200 EUR erstattet

zu 100 %.

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Krankheitskostenzusatzversicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

Tarif Zahn premium PROFIL (Z1VF, Z1HF, Z1NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie

gültig ab 01.01.2018

Die Tarife Z1VF, Z1HF, Z1NF gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach den Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F).

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarifen Z1VF, Z1HF, Z1NF können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherung in der GKV.

2. Leistungen des Versicherers

2.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für Zähne, die bei Vertragsabschluss vorhanden oder dauerhaft ersetzt waren sowie für kieferorthopädische Behandlung, wenn die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.2 Vorleistungen

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden gemäß Nr. 2.3 bei der Erstattung abgezogen.

2.3 Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz werden zu 90%, unter Abzug etwaiger Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen ersetzt.

Der Versicherer zahlt mindestens den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die betreffende Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Dabei werden höchstens die nach Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

2.4 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz je Person und Kalenderjahr insgesamt auf die folgenden Beträge begrenzt:

- | | |
|----------------------|------------|
| - im 1. Kalenderjahr | 1.000 EUR, |
| - im 2. Kalenderjahr | 2.000 EUR, |
| - im 3. Kalenderjahr | 3.000 EUR, |
| - im 4. Kalenderjahr | 4.000 EUR. |

Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt diese Begrenzung.

2.5 Kieferorthopädie

Für Kieferorthopädie erstattet der Versicherer während der gesamten Vertragsdauer entweder

- die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Behandlung, für die die GKV wegen fehlender Anspruchsvoraussetzungen keinen Leistungsanspruch anerkannt hat, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000 EUR
zu 90 %;
- oder die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR
zu 90 %.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

2.6 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Behandlung. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, implantologische Leistungen inkl. hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendige Anästhesie, radiologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Verblendungen; ferner die Reparatur von Zahnersatz.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

In Erweiterung von § 5 Absatz 1 a) AVB/F sind ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.

2.7 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes, siehe § 6 Absatz 1 AVB/F

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung;
- bei Zahnersatz einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter (z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung) bzw. Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt,

jeweils im Original.

Bei kieferorthopädischer Behandlung benötigen wir zusätzlich eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte
- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen (siehe Nr. 2.1), sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Tarif Zahn comfort PROFIL (Z2VF, Z2HF, Z2NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie

gültig ab 01.01.2018

Die Tarife Z2VF, Z2HF, Z2NF gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach den Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F).

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach den Tarifen Z2VF, Z2HF, Z2NF können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherung in der GKV.

2. Leistungen des Versicherers

2.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für Zähne, die bei Vertragsabschluss vorhanden oder dauerhaft ersetzt waren sowie für kieferorthopädische Behandlung, wenn die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.2 Vorleistungen

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden gemäß Nr. 2.3 bei der Erstattung abgezogen.

2.3 Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz werden zu 70 %, unter Abzug etwaiger Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen ersetzt.

Der Versicherer zahlt mindestens den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die betreffende Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Dabei werden höchstens die nach Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

2.4 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz je Person und Kalenderjahr insgesamt auf die folgenden Beträge begrenzt:

- im 1. Kalenderjahr	1.000 EUR,
- im 2. Kalenderjahr	2.000 EUR,
- im 3. Kalenderjahr	3.000 EUR,
- im 4. Kalenderjahr	4.000 EUR.

Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt diese Begrenzung.

2.5 Kieferorthopädie

Für Kieferorthopädie erstattet der Versicherer während der gesamten Vertragsdauer entweder die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Behandlung, für die die GKV wegen fehlender Anspruchsvoraussetzungen keinen Leistungsanspruch anerkannt hat, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR

zu 70 %;

oder die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 500 EUR

zu 70 %.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

2.6 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Behandlung. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, implantologische Leistungen inkl. hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendige Anästhesie, radiologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Verblendungen; ferner die Reparatur von Zahnersatz.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.

2.7 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes, siehe § 6 Absatz 1 AVB/F:

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung
- bei Zahnersatz einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung bzw. Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt,

jeweils im Original.

Bei kieferorthopädischer Behandlung benötigen wir zusätzlich eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;

- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen (siehe Nr. 2.1), sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Tarif Zahn classic PROFIL (Z3VF, Z3HF, Z3NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für Zahnersatz

gültig ab 01.07.2013

Die Tarife Z3VF, Z3HF, Z3NF gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach den Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F)

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach den Tarifen Z3VF, Z3HF, Z3NF können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherung in der GKV.

2. Leistungen des Versicherers

2.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die Reparatur und Neuanfertigung von Zahnersatz und für Zähne, die bei Vertragsabschluss vorhanden oder dauerhaft ersetzt waren, vorausgesetzt die Maßnahme wurde erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.2 Höhe der Leistungen

Der Versicherer erstattet für die erstattungsfähigen Aufwendungen den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die durchgeführte Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde.

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen. Erstattet werden höchstens die nach Anrechnung von Leistungen der GKV und Erstattungen Dritter aus anderen Versicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

2.3 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, Implantate, implantatgetragener Zahnersatz einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen, Verblendungen sowie die Reparatur von Zahnersatz.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

2.4 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes, siehe § 6 Absatz 1 AVB/F

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung;
- Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung,

jeweils im Original.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen (siehe Nr. 2.1), sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen.

Tarife Zahn 300 PROFIL (Z300VF, Z300HF, Z300NF), Zahn 600 PROFIL (Z600VF, Z600HF, Z600NF), Zahn 900 PROFIL (Z900VF, Z900HF, Z900NF) Zusatzversicherungen mit Leistungen für Zahnersatz

gültig ab 01.04.2017

Die Tarife Zahn 300 PROFIL (Z300VF, Z300HF, Z300NF), Zahn 600 PROFIL (Z600VF, Z600HF, Z600NF), Zahn 900 PROFIL (Z900VF, Z900HF, Z900NF) gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach den Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F).

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Versichert werden können alle Personen, die entweder bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versicherte) oder bei einem in Deutschland zugelassenen privaten Krankenversicherer nach Tarifen versichert sind, die der Versicherungspflicht nach § 193 Absatz 3 VVG (siehe Anhang) genügen (PKV-Versicherte).

Die Versicherung endet mit dem Wegfall einer Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit.

2. Leistungen des Versicherers

2.1 Umfang des Versicherungsschutzes

- a) Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für Zähne, die bei Vertragsabschluss vorhanden oder dauerhaft ersetzt waren. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

- b) Ansprüche auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) oder anderer Zusatzversicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

2.2 Umfang der Leistungen

Der Versicherer ersetzt die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz in den Tarifen

Z300VF, Z300HF, Z300NF	bis zu 300 EUR
Z600VF, Z600HF, Z600NF	bis zu 600 EUR
Z900VF, Z900HF, Z900NF	bis zu 900 EUR

je Kalenderjahr zu 100 %.

2.3 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die nach etwaigen Leistungen der GKV, PKV oder aus anderen Versicherungen verbleibenden Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, implantologische Leistungen inklusive hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendige Anästhesie, radiologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Verblendungen; ferner die Reparatur von Zahnersatz.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

In Erweiterung von § 5 Absatz 1 a) AVB/F sind ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.

2.4 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir folgende Unterlagen im Original:

- a) Von GKV-Versicherten:
 - Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes,
 - Rechnung über zahntechnische Leistungen einschließlich Material- und Laborkostenrechnung,
 - einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter (z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung) bzw. Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistung erbringt.
- b) Von PKV-Versicherten:
 - Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes,
 - Rechnung über zahntechnische Leistungen einschließlich Material- und Laborkostenrechnung.

Erbringt die private Krankenversicherung (PKV) Leistungen, genügen Kopien der Rechnungen mit einem Vermerk der PKV über den für die jeweilige Rechnung übernommenen Betrag (Erstattungsvermerk) oder mit einer Kopie der Leistungsabrechnung der PKV.

Werden Leistungen der PKV nicht in Anspruch genommen, ist dies mit dem Erstattungsantrag mitzuteilen.

Werden nachträglich noch Leistungen bei der PKV geltend gemacht, ist der Versicherte verpflichtet, die R+V Krankenversicherung AG hierüber und über die Leistungen der PKV zu informieren. Dazu sind die betroffenen Rechnungen für die Zahnersatzmaßnahme mit einem Erstattungsvermerk der PKV oder einer Kopie der Leistungsabrechnung der PKV vorzulegen.

Übersteigen die von der R+V Krankenversicherung AG bereits erhaltenen Leistungen, gemeinsam mit den Leistungen der PKV die tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen, ist der Betrag zurückzuzahlen, der die erstattungsfähigen Aufwendungen überschreitet.

Der Versicherer kann eine Bestätigung der PKV verlangen, aus der sich ergibt, dass diese für die zur Erstattung eingereichten Kosten keine Leistungen erbracht hat (siehe auch § 9 Absatz 1 AVB/F).

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen (siehe Nr. 2.1), sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen.

Tarif ZahnVorsorge PROFIL (ZVVF, ZVHF, ZVNF) Ergänzungstarif zur gesetzlichen Krankenversicherung - zahnärztliche Leistungen und Zahnvorsorge

gültig ab 01.07.2013

Die Tarife ZVVF, ZVHF, ZVNF gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach den Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F).

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach den Tarifen ZVVF, ZVHF, ZVNF können alle Personen versichert werden, die entweder bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert oder bei einer in Deutschland zugelassenen Privaten Krankenversicherung (PKV) krankenvollversichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherung in der GKV.

2. Leistungen des Versicherers

Soweit im Versicherungsfall Leistungsverpflichtungen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder eines anderen Versicherungsträgers bestehen, sind diese Leistungen vorab in Anspruch zu nehmen und werden auf die tariflichen Leistungen angerechnet.

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden folgende Aufwendungen bis zu einem Gesamtbetrag von 200 EUR

zu 100 %

erstattet:

- a) Kunststoff-Füllungen;
- b) Zahnmedizinische Prophylaxemaßnahmen,

zu den erstattungsfähigen Maßnahmen zählen z. B.

- Erstellung des Mundhygienestatus sowie eingehende Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes und die Kontrolle des Übungserfolges einschließlich weiterer Unterweisungen,
- Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen (Professionelle Zahnreinigung),
- Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen,
- Fissurenversiegelung.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind

- Abschläge, die von der GKV wegen der Wahl der Kostenerstattung erhoben werden.

Tarif Heilpraktiker PROFIL (HVF, HHF, HNF) Zusatzversicherung für ambulante Behandlung durch Heilpraktiker

gültig ab 01.07.2013

Die Tarife HVF, HHF, HNF gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach den Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F)

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach den Tarifen HVF, HHF, HNF können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherung in der GKV.

Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit nach einem Tarif HVF, HHF bzw. HNF ist, dass dieser zumindest gemeinsam mit einem Tarif AGVF, AGHF bzw. AGNF oder einem weiteren Tarif mit der Endung F, der Leistungen für Zahnersatzmaßnahmen umfasst, abgeschlossen wird bzw. besteht. Entfällt diese Voraussetzung, endet gleichzeitig der vereinbarte Tarif HVF, HHF bzw. HNF.

2. Leistungen des Versicherers

Soweit im Versicherungsfall Leistungsverpflichtungen einer gesetzlichen Krankenversicherung oder eines anderen Versicherungsträgers bestehen, sind diese Leistungen vorab in Anspruch zu nehmen und werden auf die tariflichen Leistungen angerechnet.

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden die erstattungsfähigen Aufwendungen für die ambulante Heilbehandlung durch Heilpraktiker auch mittels Naturheilverfahren sowie der von dem Heilpraktiker verordneten Arznei-, Verband- und Heilmittel bis zu einem Betrag von 800 EUR erstattet

zu 80 % .

2.1 Naturheilverfahren

Als erstattungsfähige Naturheilverfahren im Sinne dieses Tarifs gelten in Erweiterung von § 4 Absatz 6 AVB/F alle im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen (Hufelandverzeichnis) in der jeweils gültigen Fassung aufgeführten Verfahren sowie die Arznei-, Verband- und Heilmittel, die im Rahmen einer solchen Behandlung von einem Heilpraktiker verordnet werden.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte
- Zuzahlungen nach §§ 31, 61 SGB V

Tarif Kostenerstattung PROFIL (AGVF, AGHF, AGNF) - Zusatzversicherung für ambulante Heilbehandlung als Ergänzung zur gesetzlichen Krankenkasse

gültig ab 01.07.2013

Die Tarife AGVF, AGHF, AGNF gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach den Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F).

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach diesen Tarifen können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherung in der GKV.

2. Versicherungsleistungen

Grundsätzliche Voraussetzung für Leistungen aus diesem Tarif ist, dass die GKV Leistungen erbracht hat. Diese sind vorrangig in Anspruch zu nehmen und dem Versicherer ein entsprechender Nachweis vorzulegen. Hat die GKV keine Vorleistung erbracht, gilt Nr. 2.1 b).

Soweit im Versicherungsfall Leistungsverpflichtungen eines anderen Versicherungsträgers bestehen, sind diese vorab in Anspruch zu nehmen und werden auf die tariflichen Leistungen angerechnet.

2.1 Erstattungsfähige Aufwendungen

a) Nach Vorleistung durch die GKV

Im Rahmen einer medizinisch notwendigen ambulanten Heilbehandlung werden 80 % der Differenz zwischen den erstattungsfähigen Aufwendungen und der Vorleistung der GKV für folgende erstattungsfähige Aufwendungen ersetzt (nicht erstattungsfähige Aufwendungen siehe Nr. 2.2):

- Heilbehandlungen durch Ärzte und Zahnärzte einschließlich Behandlung mittels Naturheilverfahren, ambulante Vorsorgeuntersuchungen, Fissurenversiegelung und Mundhygienestatus,
- Psychotherapie durch Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- ambulante Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern,
- ärztliche bzw. zahnärztlich verordnete Arznei- und Verbandmittel,
- ärztlich verordnete Heilmittel,
- ärztlich verordnete Hilfsmittel, ausgenommen Sehhilfen (zum Höchstbetrag siehe Nr. 2.1 c).

In diesem Rahmen sind auch erstattungsfähig:

- gesetzlich festgelegte Zuzahlungen einschließlich des Kürzungsbetrags für den fehlenden Arzneimittelrabatt in der Höhe, in der sie vom Versicherten tatsächlich zu zahlen sind, bis zur gesetzlich vorgesehenen Belastungsgrenze,
- Abschläge, die von der GKV wegen der Wahl der Kostenerstattung erhoben werden.

Übersteigen die vorstehenden erstattungsfähigen Aufwendungen eines Kalenderjahres nach Vorleistung der GKV 1.000 EUR, wird der darüber liegende Teil ersetzt

zu 100 %.

- b) Ohne Vorleistung der GKV
Hat die GKV für Aufwendungen nach Nr. 2.1 a) keine Vorleistung erbracht, werden sie ersetzt zu 40 %.

Dies gilt nicht für unter Nr. 2.1 a) geregelte Zuzahlungen und Abschläge.

- c) Erstattungshöchstbetrag Hilfsmittel
Die Aufwendungen für medizinisch notwendige Hilfsmittel nach Nrn. 2.1 a) und b) sind innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt max. 600 EUR erstattungsfähig.

2.2 Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig im Sinne von Nr. 2.1 sind:

- Heilbehandlungen durch Behandler, die nicht in Nr. 2.1 ausdrücklich genannt sind, z. B. Heilpraktiker,
- Maßnahmen im Zusammenhang mit künstlicher Befruchtung,
- Aufwendungen für professionelle Zahnreinigung, Kunststoff-Füllungen, Kieferorthopädie sowie Zahnersatz einschließlich zahntechnische Leistungen. Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, Onlays, implantatgetragener Zahnersatz einschl. implantologischer Leistungen und vorbereitender Maßnahmen (z. B. Knochenaufbau), funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen, Verblendungen und die Wiederherstellung der Funktion des Zahnersatzes (Reparaturen),
- Sehhilfen,
- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte

Tarif Premium plus PROFIL (P1VF, P1HF, P1NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie

gültig ab 01.01.2018

Die Tarife P1VF, P1HF, P1NF gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach den Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F)

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach den Tarifen P1VF, P1HF, P1NF können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherung in der GKV.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall die nachfolgend genannten Leistungen. Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden bei der Erstattung abgezogen.

In Erweiterung von § 5 Absatz 1 a) AVB/F sind ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen im Rahmen von Zahnersatzmaßnahmen und Kieferorthopädie, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt. Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.

2.1 Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden Aufwendungen für

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte und
- Schutzimpfungen inkl. solcher wegen beruflicher Tätigkeit und Reiseimpfungen

bis zu einem Gesamtbetrag von 600 EUR erstattet

zu 100 %.

2.2 Umfang der Leistungspflicht für Zahnersatz und Kieferorthopädie

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für Zähne, die bei Vertragsabschluss vorhanden oder dauerhaft ersetzt waren sowie für kieferorthopädische Behandlung, wenn die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.2.1 Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz werden zu 90 %, unter Abzug etwaiger Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen ersetzt.

Der Versicherer zahlt mindestens den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die betreffende Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Dabei werden höchstens die nach Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

2.2.2 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz je Person und Kalenderjahr insgesamt auf die folgenden Beträge begrenzt:

- im 1. Kalenderjahr	1.000 EUR,
- im 2. Kalenderjahr	2.000 EUR,
- im 3. Kalenderjahr	3.000 EUR,
- im 4. Kalenderjahr	4.000 EUR.

Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt diese Begrenzung.

2.2.3 Kieferorthopädie

Für Kieferorthopädie erstattet der Versicherer während der gesamten Vertragsdauer entweder

- die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Behandlung, für die die GKV wegen fehlender Anspruchsvoraussetzungen keinen Leistungsanspruch anerkannt hat, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000 EUR
zu 90 %
- oder die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR
zu 90 %.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

2.2.4 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Behandlung.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

2.3 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes (siehe § 6 Absatz 1 AVB/F):

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung;
- bei Zahnersatz einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter (z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung) bzw. Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt,

jeweils im Original.

Bei kieferorthopädischer Behandlung benötigen wir zusätzlich eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen (siehe Nr. 2.2), sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Tarif Comfort plus PROFIL (P2VF, P2HV, P2NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie

gültig ab 01.01.2018

Tarife P2VF, P2HF, P2NF gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach den Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F)

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarifen P2VF, P2HF, P2NF können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherung in der GKV.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall die nachfolgend genannten Leistungen. Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden bei der Erstattung abgezogen.

Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.

2.1 Vorsorgeuntersuchungen

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden Aufwendungen für

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte und
- Schutzimpfungen inkl. solcher wegen beruflicher Tätigkeit und Reiseimpfungen

bis zu einem Gesamtbetrag von 400 EUR erstattet

zu 100 %.

2.2 Umfang der Leistungspflicht für Zahnersatz und Kieferorthopädie

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für Zähne, die bei Vertragsabschluss vorhanden oder dauerhaft ersetzt waren sowie für kieferorthopädische Behandlung, wenn die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.2.1 Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz werden

unter Abzug etwaiger Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen ersetzt.

zu 70 %,

Der Versicherer zahlt mindestens den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die betreffende Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Dabei werden höchstens

die nach Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

2.2.2 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz je Person und Kalenderjahr insgesamt auf die folgenden Beträge begrenzt:

- | | |
|----------------------|------------|
| - im 1. Kalenderjahr | 1.000 EUR, |
| - im 2. Kalenderjahr | 2.000 EUR, |
| - im 3. Kalenderjahr | 3.000 EUR, |
| - im 4. Kalenderjahr | 4.000 EUR. |

Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt diese Begrenzung.

2.2.3 Kieferorthopädie

Für Kieferorthopädie erstattet der Versicherer während der gesamten Vertragsdauer entweder

- die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Behandlung, für die die GKV wegen fehlender Anspruchsvoraussetzungen keinen Leistungsanspruch anerkannt hat, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR
zu 70 %
- oder die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 500 EUR
zu 70 %.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

2.2.4 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Behandlung.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

2.3 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes, siehe § 6 Absatz 1 AVB/F:

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung;
- bei Zahnersatz einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung bzw. Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt,

jeweils im Original.

Bei kieferorthopädischer Behandlung benötigen wir zusätzlich eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen (siehe Nr. 2.2), sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Tarif Classic plus PROFIL (P3VF, P3HV, P3NF) Zusatzversicherung mit Leistungen für ambulante Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, Zahnersatz und Kieferorthopädie

gültig ab 01.07.2013

Die Tarife P3VF, P3HF, P3NF gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach den Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F)

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach den Tarifen P3VF, P3HF, P3NF können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherung in der GKV.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall die nachfolgend genannten Leistungen. Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

2.1 Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden Aufwendungen für

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte und
- Schutzimpfungen inkl. solcher wegen beruflicher Tätigkeit und Reiseimpfungen

bis zu einem Gesamtbetrag von 200 EUR erstattet

zu 100 %.

2.2 Zahnersatz

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, Implantate, implantatgetragener Zahnersatz einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen, Verblendungen sowie die Reparatur von Zahnersatz.

2.2.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die Reparatur und Neuanfertigung von Zahnersatz und für Zähne, die bei Vertragsabschluss vorhanden oder dauerhaft ersetzt waren, vorausgesetzt die Maßnahme wurde erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.2.2 Höhe der Leistung

Der Versicherer erstattet für die erstattungsfähigen Aufwendungen den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die durchgeführte Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde.

Erstattet werden höchstens die nach Anrechnung von Leistungen der GKV und Erstattungen Dritter aus anderen Versicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

2.2.3 Erstattungsfähige Aufwendungen
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

2.3 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes, siehe § 6 Absatz 1 AVB/F:

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung;
- Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der gesetzlichen Krankenversicherung und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung,

jeweils im Original.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen (siehe Nr. 2.2.1), sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen.

**Tarif Klinik premium plus PROFIL (KP1VF, KP1HF, KP1NF)
Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Ein-/Zweibettzimmer,
ambulante Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Zahnersatz,
Kieferorthopädie**

gültig ab 01.01.2018

Die Tarife KP1VF, KP1HF, KP1NF gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F).

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach den Tarifen KP1VF, KP1HF, KP1NF können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherung in der GKV.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall die nachfolgend genannten Leistungen. Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden bei der Erstattung abgezogen.

In Erweiterung von § 5 Absatz 1 a) AVB/F sind ärztliche bzw. zahnärztliche Leistungen nach den Nrn.2.1 und 2.5, die mit einer von den Höchstsätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abweichenden Gebührenhöhe berechnet werden, erstattungsfähig, wenn der Liquidation eine sachlich begründete rechtswirksame Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.

2.1 Stationäre Behandlung

2.1.1 Stationäre Behandlung im Inland bei Berechnung nach KHEntg bzw. BPfIV

1 Der Versicherer erstattet für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung die erstattungsfähigen Aufwendungen für nachfolgend genannte Leistungen, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntg) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung abrechnet:

- Unterkunft in einem gesondert berechenbaren Ein- oder Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) einschließlich der Kosten für die Bereitstellung eines Telefonanschlusses und Fernsehers mit Ausnahme der Nutzungsgebühren
zu 100 %;
- gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)
zu 100 %;
- Leistungen und Sachkosten eines Belegarztes, soweit diese nicht von der GKV übernommen werden
zu 100 %;

- Mehrkosten, die dem Versicherten von der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus gewählt hat
zu 100 %.
- 2 Verzichtet der Versicherte im Einzelfall auf die Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung, so wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Dieses beträgt:
 - bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft (d. h. Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten) 30 EUR;
 - bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) 40 EUR;
 - bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft und auf wahlärztliche Leistungen 70 EUR.

Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistung gesondert berechenbares Zweibettzimmer angeboten wird.

Für das Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft gelten Aufnahme- und Entlassungstag als ein Krankenhaustag.

Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegeldes, bei ganztägiger Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

2.1.2 Stationäre Behandlung im Ausland bzw. im Inland, die nicht nach KHEntgG bzw. BPfIV berechnet wird

Werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung berechnet oder erfolgt die Behandlung im Ausland, erstattet der Versicherer die Aufwendungen in folgendem Umfang:

- 1 **Nach Vorleistung der GKV:**
Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte einschließlich der Leistungen von Belegärzten, Sachkosten sowie vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.1.4)
zu 100 %;
- 2 **Ohne Vorleistung der GKV:**
Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte, einschließlich der Leistungen von Belegärzten und Sachkosten bis zu einem Erstattungsbetrag von 6.000 EUR im Kalenderjahr
zu 90 %.

Auf den Erstattungshöchstbetrag werden etwaige Leistungen nach Nr. 2.1.7.2 angerechnet.

2.1.3 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Für ambulante Operationen in einem Krankenhaus erstattet der Versicherer, wenn dadurch eine ansonsten notwendige vollstationäre Behandlung vermieden wird, die Aufwendungen wie folgt:

- 1 **Nach Vorleistung der GKV:**
Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt, Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.1.4) sowie Sachkosten werden ersetzt
zu 100 %.
- 2 **Ohne Vorleistung der GKV:**
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt einschließlich Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.1.4) sowie Sachkosten, bis zu einem Erstattungsbetrag von 6.000 EUR im Kalenderjahr werden ersetzt
zu 90 %.

2.1.4 Vor- und nachstationäre Behandlung bzw. Vor- und Nachuntersuchung bei ambulanter Operation
Die Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. ambulanten Operation medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation sind während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation in dem in Nr. 2.1.2 bzw. 2.1.3 genannten Umfang erstattungsfähig.

2.1.5 Rooming-in
Bei vollstationärer Behandlung eines nach einem Tarif KP1VF, KP1HF, KP1VF versicherten Kindes sind die zusätzlichen Unterbringungs- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig

zu 100 %,

wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.

2.1.6 Nachhilfeunterricht
Der Versicherer erstattet für versicherte Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu insgesamt 200 EUR innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren (das erste Kalenderjahr ist das des Versicherungsbeginns) der Aufwendungen für Nachhilfeunterricht, wenn der Nachhilfeunterricht wegen eines vorherigen mindestens dreiwöchigen stationären Krankenhausaufenthaltes notwendig ist

zu 100 %.

Zwischen dem Ende des Krankenhausaufenthaltes und dem Beginn des Nachhilfeunterrichts dürfen nicht mehr als 2 Monate liegen. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Nachhilfeunterricht aufgrund stationärer Aufenthalte infolge z. B. Schulphobie bzw. Schulangst.

2.1.7 Transportkosten
In Ergänzung zu § 4 Absatz 4 a) AVB/F werden bei vollstationärer Behandlung ersetzt:

1 Nach Vorleistung der GKV:

Die verbleibenden Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Krankentransport sowie für Rettungsfahrten zum und vom Krankenhaus

zu 100%;

2 Ohne Vorleistung der GKV:

Die Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Krankentransport zum bzw. vom Krankenhaus bis zu einem Erstattungsbetrag von 6.000 EUR im Kalenderjahr

zu 90 %.

Auf diesen Erstattungshöchstbetrag werden etwaige Leistungen nach Nr. 2.1.2.2 angerechnet.

Medizinisch notwendig ist ein Krankentransport, wenn die versicherte Person während der Fahrt auf eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens angewiesen ist oder dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.

2.2 Geburtspauschale

Bei Geburt, auch Mehrlingsgeburt, zahlt der Versicherer ohne Kostennachweis einen Betrag von 200 EUR, unabhängig davon, ob die Entbindung stationär oder ambulant erfolgt.

2.3 Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen erstattet der Versicherer bei Unfall bzw. unvorhersehbarer Krankheit nach Reisebeginn folgende Aufwendungen

zu 100 %:

- die für einen Rücktransport des Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland entstehenden Kosten, wenn der Rücktransport

- a) medizinisch sinnvoll und vertretbar ist und der behandelnde Arzt im Ausland ihn schriftlich anordnet und die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports in Übereinstimmung zwischen dem ausländischen Arzt und einem Beratungsarzt des Versicherers erfolgt oder
- b) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen oder
- c) nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage überschreitet.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein Attest von einem im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Arzt erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft angeordnet wurde. Durch Rücktransporte ersparte Flug- und Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen;

- die Kosten für die Bestattung am Sterbeort oder Überführung einer während des Auslandsaufenthaltes verstorbenen versicherten Person an den letzten Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einem Betrag von 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung der Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.

2.4 Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden Aufwendungen für

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte
- Schutzimpfungen inkl. solcher wegen beruflicher Tätigkeit und Reiseimpfung

bis zu einem Gesamtbetrag von 600 EUR erstattet

zu 100 %.

2.5 Umfang der Leistungspflicht für Zahnersatz und Kieferorthopädie

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für Zähne, die bei Vertragsabschluss vorhanden oder dauerhaft ersetzt waren sowie für kieferorthopädische Behandlung, wenn die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.5.1 Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz werden

zu 90 %,

unter Abzug etwaiger Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen ersetzt.

Der Versicherer zahlt mindestens den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die betreffende Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Dabei werden höchstens die nach Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, implantologische Leistungen inkl. hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz

notwendige Anästhesie, radiologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Verblendungen; ferner die Reparatur von Zahnersatz.

2.5.2 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz je Person und Kalenderjahr insgesamt auf die folgenden Beträge begrenzt:

- im 1. Kalenderjahr	1.000 EUR,
- im 2. Kalenderjahr	2.000 EUR,
- im 3. Kalenderjahr	3.000 EUR,
- im 4. Kalenderjahr	4.000 EUR.

Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt diese Begrenzung.

2.5.3 Kieferorthopädie

Für Kieferorthopädie erstattet der Versicherer während der gesamten Vertragsdauer entweder

- die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Behandlung, für die die GKV wegen fehlender Anspruchsvoraussetzungen keinen Leistungsanspruch anerkannt hat, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000 EUR
zu 90 %
- oder die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR
zu 90 %.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

2.6 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Behandlung. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

2.7 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes, siehe § 6 Absatz 1 AVB/F:

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung;
- bei Zahnersatz einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung bzw. Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt

jeweils im Original.

Bei kieferorthopädischer Behandlung benötigen wir zusätzlich eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Aufwendungen für Untersuchung und Behandlung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (unerfüllter Kinderwunsch) sowie aus solchen Maßnahmen resultierende Komplikationen;
- Aufwendungen für stationäre Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen;
- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen (siehe Nr. 2.5), sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Tarif Klinik comfort plus PROFIL (KP2VF, KP2HF, KP2NF) **Zusatzversicherung für stationäre Behandlung im Zweibettzimmer,** **ambulante Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen, Zahnersatz,** **Kieferorthopädie**

gültig ab 01.01.2018

Die Tarife KP2VF, KP2HF, KP2NF gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach den Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F).

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach den Tarifen KP2VF, KP2HF, KP2NF können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind.

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherung in der GKV.

2. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall die nachfolgend genannten Leistungen. Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden bei der Erstattung abgezogen.

2.1 Stationäre Behandlung

2.1.1 Stationäre Behandlung im Inland bei Berechnung nach KHEntgG bzw. BPfIV

- 1** Der Versicherer erstattet für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung die erstattungsfähigen Aufwendungen für nachfolgend genannte Leistungen, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung abrechnet:
 - Unterkunft in einem gesondert berechenbaren Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft) einschließlich der Kosten für die Bereitstellung eines Telefonanschlusses und Fernsehers mit Ausnahme der Nutzungsgebühren zu 100 %;
 - gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) zu 100 %;
 - Leistungen und Sachkosten eines Belegarztes, soweit diese nicht von der GKV übernommen werden zu 100 %;
 - Mehrkosten, die dem Versicherten von der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus gewählt hat zu 100 %.
- 2** Verzichtet der Versicherte im Einzelfall auf die Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung, so wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Dieses beträgt:
 - bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft (d. h. Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten) 20 EUR;
 - bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) 40 EUR;
 - bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft und auf wahlärztliche Leistungen 60 EUR.

Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person untergebracht ist, mindestens die Wahlleistung gesondert berechenbares Zweibettzimmer angeboten wird.

Für das Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft gelten Aufnahme- und Entlassungstag als ein Krankenhaustag.

Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegeldes, bei ganztägiger Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

2.1.2 Stationäre Behandlung im Ausland bzw. Inland, die nicht nach KHEntgG bzw. BPfIV berechnet wird

Werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung berechnet oder erfolgt die Behandlung im Ausland, erstattet der Versicherer die Aufwendungen in folgendem Umfang:

1 Nach Vorleistung der GKV:

Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte einschließlich der Leistungen von Belegärzten, Sachkosten sowie vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.1.6)

zu 100 %;

Liquidationen von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland sind bis zu den am Aufenthaltsort üblichen Berechnungssätzen erstattungsfähig.

2 Ohne Vorleistung der GKV:

Krankenhaustagegeld für jeden Tag der stationären Behandlung

60 EUR.

2.1.3 Behandlung im Einbettzimmer

Erfolgt die Behandlung im gesondert berechneten Einbettzimmer, werden von den für das Einbettzimmer entstandenen Kosten 30 EUR pro Berechnungstag abgezogen (Eigenanteil).

2.1.4 Psychotherapie

Bei stationärer Psychotherapie leistet der Versicherer für bis zu 30 Tage pro Kalenderjahr. Darüber hinausgehend besteht ein Anspruch auf Leistungen nur, soweit der Versicherer diese vorher schriftlich zugesagt hat.

2.1.5 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Für ambulante Operation in einem Krankenhaus erstattet der Versicherer, wenn dadurch eine ansonsten notwendige vollstationäre Behandlung vermieden wird, die Aufwendungen wie folgt:

1 Nach Vorleistung der GKV:

Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt, Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.1.6) sowie Sachkosten werden ersetzt

zu 100 %.

2 Ohne Vorleistung der GKV:

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch ein Krankenhaus- oder Belegarzt einschließlich Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus, siehe Nr. 2.6, und Sachkosten, bis zu einem Erstattungsbetrag von 3.000 EUR im Kalenderjahr werden ersetzt

zu 70 %.

2.1.6

Vor- und nachstationäre Behandlung bzw. Vor- und Nachuntersuchung bei ambulanter Operation
Die Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer vollstationären Behandlung bzw. ambulanten Operation medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation sind während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation in dem in Nr. 2.1.2.1 bzw. 2.1.5 genannten Umfang erstattungsfähig.

2.1.7 Rooming-in

Bei vollstationärer Behandlung eines nach einem Tarif KP2VF, KP2HF, KP2NF versicherten Kindes sind die zusätzlichen Unterbringungs- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig

zu 100 %,

wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.

2.1.8 Nachhilfeunterricht

Der Versicherer erstattet für versicherte Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu insgesamt 200 EUR innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren (das erste Kalenderjahr ist das des Versicherungsbeginns) der Aufwendungen für Nachhilfeunterricht, wenn der Nachhilfeunterricht wegen eines vorherigen mindestens dreiwöchigen stationären Krankenhausaufenthaltes notwendig ist

zu 100 %.

Zwischen dem Ende des Krankenhausaufenthaltes und dem Beginn des Nachhilfeunterrichts dürfen nicht mehr als 2 Monate liegen. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Nachhilfeunterricht aufgrund stationärer Aufenthalte infolge z. B. Schulphobie bzw. Schulangst.

2.1.9 Transportkosten

In Ergänzung zu § 4 Absatz 4 a) AVB/F werden bei vollstationärer Behandlung ersetzt, die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Krankentransport sowie für Rettungsfahrten zum und vom Krankenhaus

zu 100%.

Medizinisch notwendig ist ein Krankentransport, wenn die versicherte Person während der Fahrt auf eine fachliche Betreuung oder die besonderen Einrichtungen eines Krankentransportwagens angewiesen ist oder dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist.

2.2 Geburtspauschale

Bei Geburt, auch Mehrlingsgeburt, zahlt der Versicherer ohne Kostennachweis einen Betrag von 100 EUR, unabhängig davon, ob die Entbindung stationär oder ambulant erfolgt.

2.3 Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen erstattet der Versicherer bei Unfall bzw. unvorhersehbarer Krankheit nach Reisebeginn folgende Aufwendungen

zu 100 %:

- die für einen Rücktransport des Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland entstehenden Kosten, wenn der Rücktransport
 - a) medizinisch sinnvoll und vertretbar ist und der behandelnde Arzt im Ausland ihn schriftlich anordnet und die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports in Übereinstimmung zwischen dem ausländischen Arzt und einem Beratungsarzt des Versicherers erfolgt oder
 - b) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen oder
 - c) nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage überschreitet.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein Attest von einem im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Arzt erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft angeordnet wurde. Durch Rücktransporte ersparte Flug- und Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen;

- die Kosten für die Bestattung am Sterbeort oder Überführung einer während des Auslandsaufenthalts verstorbenen versicherten Person an den letzten Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einem Betrag von 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung der Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.

2.4 Vorsorgeuntersuchungen

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden Aufwendungen für

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte und
- Schutzimpfungen inkl. solcher wegen beruflicher Tätigkeit und Reiseimpfungen bis zu einem Gesamtbetrag von 400 EUR erstattet

zu 100 %.

2.5 Umfang der Leistungspflicht für Zahnersatz und Kieferorthopädie

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die Reparatur und Neuanfertigung von eingegliedertem Zahnersatz und für Zähne, die bei Vertragsabschluss vorhanden oder dauerhaft ersetzt waren sowie für kieferorthopädische Behandlung, wenn die Maßnahme erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant wurde. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.5.1 Zahnersatz

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für medizinisch notwendigen Zahnersatz werden

zu 70 %,

unter Abzug etwaiger Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen ersetzt.

Der Versicherer zahlt mindestens den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die betreffende Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde. Dabei werden höchstens die nach Vorleistungen der GKV und aus anderen Versicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, implantatgetragener Zahnersatz, Implantate, implantologische Leistungen inkl. hierfür notwendiger Maßnahmen zum Knochenaufbau, im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Zahnersatz notwendige Anästhesie, radiologische Leistungen, funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sowie Verblendungen; ferner die Reparatur von Zahnersatz.

2.5.2 Leistungsstaffel

Innerhalb der ersten 4 Kalenderjahre ab Versicherungsbeginn sind die Leistungen für Zahnersatz je Person und Kalenderjahr insgesamt auf die folgenden Beträge begrenzt:

- | | |
|----------------------|------------|
| - im 1. Kalenderjahr | 1.000 EUR, |
| - im 2. Kalenderjahr | 2.000 EUR, |
| - im 3. Kalenderjahr | 3.000 EUR, |
| - im 4. Kalenderjahr | 4.000 EUR. |

Ab dem 5. Kalenderjahr und bei Behandlungen, die nachweislich auf einen Unfall zurückzuführen sind, entfällt diese Begrenzung.

2.5.3 Kieferorthopädie

Für Kieferorthopädie erstattet der Versicherer während der gesamten Vertragsdauer entweder

- die erstattungsfähigen Aufwendungen für eine Behandlung, für die die GKV wegen fehlender Anspruchsvoraussetzungen keinen Leistungsanspruch anerkannt hat, bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.000 EUR
zu 70 %
- oder die nach Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 500 EUR
zu 70 %.

Voraussetzung ist, dass die kieferorthopädische Behandlung bis zum Ende des Kalenderjahres begonnen wurde, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

2.5.4 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten und Heil- und Kostenplan;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz bzw. kieferorthopädische Behandlung. Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden. Liquidationen von Ärzten bzw. Zahnärzten für Behandlungen im Ausland sind erstattungsfähig, soweit sie den üblichen Honorarsätzen des Aufenthaltsortes entsprechen.

2.6 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes, siehe § 6 Absatz 1 AVB/F:

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung;
- bei Zahnersatz einen Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung bzw. Nichterstattungsvermerk, wenn die GKV keine Leistungen erbringt,

jeweils im Original.

Bei kieferorthopädischer Behandlung benötigen wir zusätzlich eine Kopie des von der GKV genehmigten bzw. abgelehnten Behandlungsplans.

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Aufwendungen für Untersuchung und Behandlung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (unerfüllter Kinderwunsch) sowie aus solchen Maßnahmen resultierende Komplikationen;
- Aufwendungen für stationäre Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen;
- Eigenanteile nach § 29 Absatz 2 SGB V bei kieferorthopädischer Behandlung;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen (siehe Nr. 2.5), sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen und kieferorthopädische Behandlung.

Tarif Klinik classic plus PROFIL (KP3VF, KP3HF, KP3NF)
Zusatzversicherung für unfallbedingte stationäre Behandlung im
Zweibettzimmer, ambulante Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen,
Zahnersatz

gültig ab 01.07.2013

Die Tarife KP3VF, KP3HF, KP3NF gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskostenversicherung ohne Alterungsrückstellungen nach den Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/F).

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

Nach Tarifen KP3VF, KP3HF, KP3NF können alle Personen versichert werden, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Ausgenommen sind Personen, die mehr als 50 % ihres Einkommens aus der Ausübung einer Sportart beziehen (Berufssportler, Sportprofis).

Die Versicherung endet mit dem Wegfall der Versicherung in der GKV.

2. Leistungen des Versicherers für Zahnersatz und Kieferorthopädie

Der Versicherer erbringt im Versicherungsfall die nachfolgend genannten Leistungen.

Etwaige Leistungen der GKV und aus anderen Versicherungen sind vorab in Anspruch zu nehmen und werden angerechnet.

2.1 Stationäre Behandlung

Erstattungsfähig sind ausschließlich die nachfolgend genannten Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung, die aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalls erforderlich wird.

2.1.1 Unfallbegriff

- 1** Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

Darüber hinaus gilt als Unfall eine durch Zeckenbiss übertragene Infektion, wenn die Infektion frühestens einen Monat nach Beginn der Versicherung nach diesem Tarif erstmals ärztlich festgestellt wird.

- 2** Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle, die verursacht sind durch:

- a) Trunkenheit oder Einnahme von Rauschmitteln;
- b) Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen, es sei denn, diese Anfälle wurden durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht;

- c) die Teilnahme als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;
 - d) die Ausübung von Extremsportarten, wie z. B.: Drachenfliegen, Gleitschirmfliegen, Freitauchen, B.A.S.E.jumping, Freeclimbing, Boxen, Thai-, Kickboxen und Vollkontaktkarate sowie andere ebenso risikoreiche Sportarten;
 - e) sowie für Unfälle, die bei Ausführung oder dem Versuch einer vorsätzlichen Straftat der versicherten Person geschehen.
- 3** Versicherungsschutz besteht ferner nicht für:
- a) Infektionskrankheiten infolge von Insektenstichen oder -bissen, siehe hierzu aber Nr. 2.1.1 Satz 3;
 - b) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund; Versicherungsschutz besteht jedoch für Kinder, die zum Zeitpunkt einer Vergiftung das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet haben;
 - c) Heilbehandlung oder Eingriffe am Körper der versicherten Person, die nicht durch einen Unfall veranlasst sind;
 - d) Bauch- oder Unterleibsbrüche;
 - e) Schäden an Bandscheiben;
 - f) Behandlungen infolge von Unfällen, die sich vor Vertragsabschluss ereignet haben.

2.1.2 Stationäre Behandlung im Inland bei Berechnung nach KHEntg bzw. BPfIV

- 1** Der Versicherer erstattet für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung die erstattungsfähigen Aufwendungen für nachfolgend genannte Leistungen, wenn das Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntg) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung abrechnet:
- Unterkunft in einem gesondert berechenbaren Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft)einschließlich der Kosten für die Bereitstellung eines Telefonanschlusses und Fernsehers mit Ausnahme der Nutzungsgebühren zu 100 %;
 - gesondert berechnete wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) zu 100 %;
 - Leistungen und Sachkosten eines Belegarztes, soweit diese nicht von der GKV übernommen werden zu 100 %;
 - Mehrkosten, die dem Versicherten von der GKV auferlegt werden, weil er ein anderes als das in der Einweisung genannte Krankenhaus gewählt hat zu 100 %.
- 2** Verzichtet der Versicherte im Einzelfall auf die Inanspruchnahme einer versicherten Wahlleistung, so wird ein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt. Dieses beträgt:
- bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft (d. h. Belegung eines Zimmers mit mehr als zwei Betten) 20 EUR;
 - bei Verzicht auf wahlärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung) 40 EUR;
 - bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft und auf wahlärztliche Leistungen 60 EUR.

Voraussetzung für den Anspruch auf Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft ist, dass auf der jeweiligen Station, auf der die versicherte Person

untergebracht ist, mindestens die Wahlleistung gesondert berechenbares Zweibettzimmer angeboten wird. Für das Ersatzkrankenhaustagegeld bei Verzicht auf die Wahlleistung Unterkunft gelten Aufnahme- und Entlassungstag als ein Krankenhaustag. Bei teilstationärer Behandlung sowie bei Beurlaubung für einen Teil des Tages wird die Hälfte des Ersatzkrankenhaustagegeldes, bei ganztägiger Beurlaubung kein Ersatzkrankenhaustagegeld gezahlt.

2.1.3 Stationäre Behandlung im Ausland bzw. Inland, die nicht nach KHEntgG bzw. BPfIV berechnet wird

Werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung nicht nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils gültigen Fassung berechnet oder erfolgt die Behandlung im Ausland, erstattet der Versicherer die Aufwendungen in folgendem Umfang:

1 Nach Vorleistung der GKV:

Aufwendungen für Krankenhausleistungen (Pflege, Unterkunft, Verpflegung), Leistungen der Krankenhausärzte einschließlich der Leistungen von Belegärzten, Sachkosten sowie vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus, siehe Nr. 2.1.7

zu 100 %;

Liquidationen von Ärzten und Krankenhäusern im Ausland sind bis zu den am Aufenthaltsort üblichen Berechnungssätzen erstattungsfähig.

2 Ohne Vorleistung der GKV:

Krankenhaustagegeld für jeden Tag der stationären Behandlung 60 EUR.

2.1.4 Behandlung im Einbettzimmer

Erfolgt die Behandlung im gesondert berechneten Einbettzimmer, werden von den für das Einbettzimmer entstandenen Kosten 30 EUR pro Berechnungstag abgezogen (Eigenanteil).

2.1.5 Psychotherapie

Bei unfallbedingter stationärer Psychotherapie leistet der Versicherer für bis zu 30 Tage pro Kalenderjahr. Darüber hinausgehend besteht ein Anspruch auf Leistungen nur, soweit der Versicherer diese vorher schriftlich zugesagt hat.

2.1.6 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Für unfallbedingte ambulante Operationen in einem Krankenhaus erstattet der Versicherer, wenn dadurch eine ansonsten notwendige vollstationäre Behandlung vermieden wird, die Aufwendungen wie folgt:

1 Nach Vorleistung der GKV:

Die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt, Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.1.7) und Sachkosten werden ersetzt

zu 100 %.

2 Ohne Vorleistung der GKV:

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt einschließlich Vor- und Nachuntersuchung im Krankenhaus (siehe Nr. 2.1.7) und Sachkosten, bis zu einem Erstattungsbetrag von 3.000 EUR im Kalenderjahr werden ersetzt

zu 70 %.

2.1.7

Vor- und nachstationäre Behandlung bzw. Vor- und Nachuntersuchung bei ambulanter Operation
Die Aufwendungen für im unmittelbaren Zusammenhang mit einer unfallbedingten vollstationären Behandlung bzw. ambulanten Operation nach Nr. 2.1.6 medizinisch notwendige ärztliche Leistungen im Krankenhaus für vor- und nachstationäre Behandlungen bzw. Vor- und Nachuntersuchungen bei ambulanter Operation sind während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung oder der ambulanten Operation in dem in Nr. 2.1.3.1 bzw. 2.1.6 genannten Umfang erstattungsfähig.

- 2.1.8 Rooming-in**
Bei vollstationärer Behandlung eines nach einem Tarif KP3VF, KP3HF, KP3VF versicherten Kindes sind die zusätzlichen Unterbringungs- und Verpflegungskosten für eine erwachsene Begleitperson bis zu 4 Wochen je Kalenderjahr erstattungsfähig

zu 100 %,

wenn die stationäre Behandlung vor Vollendung des 10. Lebensjahres des Kindes begonnen hat.

- 2.1.9 Nachhilfeunterricht**
Der Versicherer erstattet für versicherte Personen bis zur Vollendung des 20. Lebensjahres bis zu insgesamt 200 EUR innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren (das erste Kalenderjahr ist das des Versicherungsbeginns) der Aufwendungen für Nachhilfeunterricht, wenn der Nachhilfeunterricht wegen eines vorherigen mindestens dreiwöchigen unfallbedingten stationären Krankenhausaufenthaltes notwendig ist

zu 100 %.

Zwischen dem Ende des Krankenhausaufenthaltes und dem Beginn des Nachhilfeunterrichts dürfen nicht mehr als 2 Monate liegen. Nicht erstattungsfähig sind Kosten für Nachhilfeunterricht aufgrund stationärer Aufenthalte infolge z. B. Schulphobie bzw. Schulangst.

2.2 Rücktransport oder Überführung/Bestattung bei Auslandsreisen

Bei Auslandsreisen für die Dauer von längstens 45 Tagen erstattet der Versicherer bei Unfall bzw. unvorhersehbarer Krankheit nach Reisebeginn folgende Aufwendungen

zu 100 %:

- die für einen unfallbedingten Rücktransport des Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland entstehenden Kosten, wenn der Rücktransport
 - a) medizinisch sinnvoll und vertretbar ist und der behandelnde Arzt im Ausland ihn schriftlich anordnet und die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransports in Übereinstimmung zwischen dem ausländischen Arzt und einem Beratungsarzt des Versicherers erfolgt oder
 - b) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland die Kosten des Rücktransports übersteigen oder
 - c) nach der Prognose des behandelnden Arztes die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage überschreitet.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein Attest von einem im Aufenthaltsland zur Heilbehandlung zugelassenen Arzt erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft angeordnet wurde. Durch Rücktransporte ersparte Flug- und Fahrtkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen;

- die Kosten für die Bestattung am Sterbeort oder Überführung einer während des Auslandsaufenthaltes verstorbenen versicherten Person an den letzten Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland bis zu einem Betrag von 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung der Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.

2.3 Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen

Innerhalb von jeweils 2 Kalenderjahren, rechnend ab Versicherungsbeginn, werden Aufwendungen für

- ambulante Vorsorgeuntersuchungen durch Ärzte und
- Schutzimpfungen inkl. solcher wegen beruflicher Tätigkeit und Reiseimpfungen bis zu einem Gesamtbetrag von 200 EUR erstattet

zu 100 %.

2.4 Zahnersatz

Als Zahnersatz gelten Zahnprothesen, Zahnkronen, Zahnbrücken, Stiftzähne, Inlays, Implantate, implantatgetragener Zahnersatz einschließlich funktionsanalytischer und funktionstherapeutischer Leistungen, Verblendungen sowie die Reparatur von Zahnersatz.

2.4.1 Umfang der Leistungspflicht

Versicherungsschutz besteht ausschließlich für die Reparatur und Neuanfertigung von Zahnersatz und für Zähne, die bei Vertragsabschluss vorhanden oder dauerhaft ersetzt waren, vorausgesetzt die Maßnahme wurde erstmals nach Vertragsabschluss angeraten bzw. geplant. Versichert sind auch Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen. Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen.

Dies gilt entsprechend für Mehrleistungen nach einem Tarifwechsel.

2.4.2 Höhe der Leistungen

Der Versicherer erstattet für die erstattungsfähigen Aufwendungen den gleichen Betrag, der von der GKV als Festzuschuss nach § 55 SGB V für die durchgeführte Zahnersatzmaßnahme anerkannt wurde.

Erstattet werden höchstens die nach Anrechnung von Leistungen der GKV und Erstattungen Dritter aus anderen Versicherungen verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen.

2.4.3 Erstattungsfähige Aufwendungen

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für

- zahnärztliche Leistungen inklusive Sachkosten;
- zahntechnische Leistungen sowie
- Material- und Laborkosten

für die medizinisch notwendige Versorgung mit Zahnersatz.

Erstattungsfähig sind auch Aufwendungen, die nach den für die GKV geltenden Vergütungsgrundlagen berechnet werden.

2.4.4 Leistungsunterlagen

Zur Beurteilung unserer Leistungspflicht benötigen wir ergänzend zu der Rechnung des Arztes bzw. Zahnarztes, siehe § 6 Absatz 1 AVB/F:

- Rechnung über zahntechnische Leistungen;
- Material- und Laborkostenrechnung;
- Nachweis über den bewilligten Festzuschuss der GKV und etwaige Erstattungen Dritter, z. B. durch einen Erstattungsvermerk auf der Rechnung,

jeweils im Original

3. Nicht erstattungsfähige Aufwendungen

Nicht erstattungsfähig sind:

- mit der GKV vereinbarte Selbstbehalte;
- Aufwendungen für stationäre Zahnbehandlung und Zahnersatzmaßnahmen;
- Aufwendungen für bei Vertragsabschluss fehlende und noch nicht dauerhaft ersetzte Zähne, es sei denn, es handelt sich um Zähne, die noch nicht durchgebrochen sind oder wegen des natürlichen Zahnwechsels bei Kindern fehlen, siehe Nr. 2.2.1, sowie angeratene bzw. geplante Zahnersatzmaßnahmen.

**Allgemeine Versicherungsbedingungen für die
Auslandsreise-Krankenversicherung - Auslandsreise PROFIL (Tarife
ARVF, ARHF, ARNF) - im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen
(AVB/ARF)**

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Der Versicherungsschutz	2
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	2
§ 3 Wartezeiten	3
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	3
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	4
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	5
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	6
Pflichten des Versicherungsnehmers	6
§ 8 Beitragszahlung	6
§ 8 a Beitragsberechnung	7
§ 8 b Beitragsanpassung	7
§ 9 Obliegenheiten	7
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	8
§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte	8
§ 12 Aufrechnung	8
Ende der Versicherung	8
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	8
§ 14 Kündigung durch den Versicherer	9
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	9
Sonstige Bestimmungen	10
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	10
§ 17 Gerichtsstand	10
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	10

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Auslandsreise-Krankenversicherung - Auslandsreise PROFIL (Tarife ARVF, ARHF, ARNF) - im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/ARF)

gültig ab 01.01.2017

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse während des Aufenthaltes im Ausland. Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet des Landes, in dem die versicherte Person einen ständigen Wohnsitz hat. Im Versicherungsfall ersetzt der Versicherer im Ausland entstehende Aufwendungen für Heilbehandlung und erbringt sonst vereinbarte Leistungen.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Als Versicherungsfall gelten auch Schwangerschaft und Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, besonderen schriftlichen Vereinbarungen, diesen Versicherungsbedingungen sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland. Weitere Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit nach den Tarifen ARVF, ARHF, ARNF ist, dass neben diesem Tarif für die jeweils versicherte Person ein weiterer Tarif des Versicherers, dessen Tarifname die Endung F trägt (ausgenommen Tarife B1VF, B1HF, B1NF, B2VF, B2HF, B2NF, B3VF, B3HF bzw. B3NF), abgeschlossen und aufrechterhalten wird. Endet der letzte für die versicherte Person neben einem Tarif ARVF, ARHF oder ARNF bestehende Tarif mit der Endung F, endet gleichzeitig der Tarif ARVF, ARHF oder ARNF.
- (5) Versicherungsschutz besteht für die jeweils ersten 45 Tage eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts der versicherten Person.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Grenzüberschreitung ins Ausland.
- (2) Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht durch den Versicherungsnehmer oder den Versicherer drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform gekündigt wurde. Für den zum Gruppenversicherungsvertrag angemeldeten Mitarbeiter gilt § 13 Absatz 2.

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn des Tarifs an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.
- (3) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die

Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

- (4) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist.
- (5) Die Absätze 3 und 4 gelten nicht, soweit für das Neugeborene oder für das Adoptivkind anderweitiger privater oder gesetzlicher Krankenversicherungsschutz im Ausland besteht.

§ 3 Wartezeiten

Es gelten keine Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Der versicherten Person steht die Wahl unter den im Aufenthaltsland für Heilbehandlung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten frei.
- (2) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 1 genannten Leistungserbringern verordnet werden.
- (3) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (4) Der Versicherer erbringt ausschließlich die nachfolgend aufgeführten Leistungen. Sonstige Leistungen, z. B. für Sehhilfen, sind nicht erstattungsfähig:
 - a) ärztliche Leistungen;
 - b) zahnärztliche Leistungen
Schmerzstillende Zahnbehandlung und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber für Neuanfertigung von Zahnersatz (z. B. Kronen, Brücken, Implantate) und Kieferorthopädie;
 - c) Arzneimittel
Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel, auch wenn sie vom Arzt verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, gelten nicht Nahrungsmittel und Stärkungspräparate (auch sexuelle), Badezusätze, Desinfektions- und Kosmetikmittel;
 - d) Heilmittel
Als Heilmittel gelten Strahlen-, Wärme-, Licht- und sonstige physikalische Behandlungen;
 - e) Hilfsmittel
Ärztlich verordnete Hilfsmittel, die während der versicherten Reise erstmals erforderlich werden, nicht jedoch Sehhilfen und Hörgeräte;
 - f) stationäre Heilbehandlung
Bei stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus Unterkunft, Verpflegung, sonstige notwendige Sachleistungen und ärztliche Leistungen sowie zusätzliche Unterbringungskosten von versicherten Kindern im Krankenhaus bei stationärer Heilbehandlung eines Elternteils.

Bei stationärer Heilbehandlung eines versicherten Kindes die zusätzlichen Unterbringungskosten einer versicherten erwachsenen Begleitperson im Krankenhaus. Anstelle von Kostenersatz für die stationäre Heilbehandlung kann ein Krankenhaustagegeld von 40 EUR pro Tag gewählt werden;

- g) Transporte
Den ersten medizinisch notwendigen Transport zum nächstgelegenen, für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus oder zum nächsterreichbaren Notfallarzt durch Rettungsdienste;
- h) Rücktransportkosten
Erstattung der Kosten für den Rücktransport des erkrankten Versicherten in ein geeignetes Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland, wenn mindestens einer der folgenden Fälle zutrifft:
 - ha) der Rücktransport ist medizinisch sinnvoll und vertretbar und der behandelnde Arzt im Ausland hat dies schriftlich angeordnet. Die Beurteilung eines medizinisch sinnvollen und vertretbaren Rücktransportes erfolgt in Abstimmung zwischen dem ausländischen Leistungserbringer und einem Beratungsarzt des Versicherers;
 - hb) die voraussichtlichen Kosten einer Weiterbehandlung im Ausland übersteigen die Kosten des Rücktransportes;
 - hc) nach der Prognose des behandelnden ausländischen Arztes übersteigt die Dauer der Krankenhausbehandlung im Ausland voraussichtlich 14 Tage.

Die notwendigen Kosten für eine Begleitperson werden ebenfalls übernommen, sofern die Begleitung medizinisch erforderlich ist und hierüber ein schriftliches Attest von einem Arzt nach § 4 Absatz 1 erteilt ist oder die Begleitung von der Fluggesellschaft schriftlich angeordnet wurde.

Durch Rücktransporte ersparte Fahrt- und Flugkosten sind auf die Leistungen des Versicherers anzurechnen.
- i) Bestattungskosten, Überführungskosten
Im Falle des Ablebens einer versicherten Person während des Auslandsaufenthaltes Erstattung der notwendigen Kosten, die durch Überführung des Verstorbenen an den Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland oder Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 12.000 EUR. Dies sind ausschließlich die Transport- und unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung oder für die Beisetzung am Sterbeort.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für medizinische Versorgung im Ausland, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren;
 - b) für medizinische Versorgung im Ausland, von der bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung des Auslandsaufenthaltes stattfinden musste, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten oder Lebenspartners nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
 - c) für Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle aufgrund von Kriegsereignissen, Terrorakten oder inneren Unruhen, die durch aktive Teilnahme an diesen verursacht sind und wegen einer Reisewarnung des Auswärtigen Amtes vorhersehbar waren;
 - d) für auf Vorsatz oder Sucht beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen;
 - e) für psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlung;
 - f) für Untersuchung und Behandlung wegen künstlicher Befruchtung, Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz

wird aber insoweit geleistet, als unvorhergesehen ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen, Früh- und Fehlgeburt notwendig ist;

- g) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen;
 - h) für Eigenbehandlungen und Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß oder ist die geforderte Vergütung nicht angemessen, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Dabei werden die Verhältnisse im jeweiligen Aufenthaltsland zugrundegelegt.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus einer gesetzlichen Unfall- oder Rentenversicherung, ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz dieser Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Soweit im Versicherungsfall Leistungsverpflichtungen aus Verträgen bei anderen Versicherungsträgern bestehen, gehen diese vor. Dies gilt auch, wenn der andere Versicherungsträger ebenfalls eine nachrangige Haftung vereinbart hat. Nimmt die versicherte Person unter Vorlage der Originalbelege zunächst die R+V Krankenversicherung AG in Anspruch, tritt diese in Vorleistung.
- (5) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die erforderlichen Nachweise (diese werden Eigentum des Versicherers) erbracht sind:
- a) der Anspruch ist durch Belegurschriften nachzuweisen;
 - b) die Belege müssen grundsätzlich enthalten:

Name und Anschrift des Ausstellers, Ausstellungsdatum, Vor- und Zuname sowie Geburtsdatum der behandelten Person;

 - ärztliche/zahnärztliche Rechnungen
zusätzlich: Krankheitsbezeichnung, Spezifikation der einzelnen ärztlichen/zahnärztlichen Leistungen mit Behandlungskosten und -daten;
 - Arznei-, Heil-, Hilfsmittelbezug:
Verordnungen zusätzlich: Art und Menge; Rechnungen darüber hinaus: Preis, Bezugsdatum, Quittung;
 - Krankenhausrechnungen zusätzlich:
Aufnahme- und Entlassungsdatum, Krankheitsbezeichnung, Spezifikation der Leistungen;
 - c) der Anspruch auf Erstattung von Rücktransportkosten ist außerdem durch eine schriftliche Bescheinigung nach § 4 Absatz 4 h) zu begründen.

Die geltend gemachten Leistungen sind spezifiziert nachzuweisen;
 - d) der Anspruch auf Erstattung von Bestattungs-/Überführungskosten ist außerdem durch amtliche Sterbeurkunde sowie eine ärztliche Bescheinigung über die Todesursache nachzuweisen.

Die geltend gemachten Leistungen sind spezifiziert nachzuweisen.

- (2) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (3) Die in einer Fremdwährung entstandenen Kosten werden zum aktuellen Kurs des Tages, an dem die Belege bei dem Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist durch Bankbeleg nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.
- (4) Kosten für die Überweisung von Versicherungsleistungen - mit Ausnahme auf ein inländisches Konto - können von den Leistungen abgezogen werden.
- (5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - jeweils mit Beendigung des Auslandsaufenthalts, spätestens jedoch mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses (siehe hierzu auch § 2 Absatz 2).
- (2) Die Leistungspflicht für entschädigungspflichtige Versicherungsfälle verlängert sich über die vereinbarte Versicherungsdauer hinaus, solange die Rückreise aus medizinischen Gründen nicht möglich ist.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (2) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter die Differenz zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

Es werden Beitragsgruppen gebildet für die Alter 0-15, 16-67 und ab 68 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird.
- (3) In Deutschland sind Krankenversicherungsbeiträge nach aktueller Rechtslage von der Versicherungsteuer befreit. Auf die in den technischen Berechnungsgrundlagen ausgewiesenen Beiträge wird deshalb derzeit keine Versicherungsteuer erhoben, dies wird im Versicherungsschein entsprechend dokumentiert.

In einigen ausländischen Staaten wird Versicherungsteuer auf Beiträge zu Krankenversicherungsverträgen erhoben. Im europäischen Ausland ist im Regelfall der Versicherer zur Steuerentrichtung verpflichtet. Sofern der Versicherer Steuerschuldner bzw. Steuerentrichtungsschuldner für Versicherungsteuer ist, wird die auf den steuerpflichtigen Beitrag zum jeweils gültigen Steuersatz anfallende Versicherungsteuer ausgewiesen und zusätzlich zum Beitrag erhoben.
- (4) Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt.
- (5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes

führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,50 EUR. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.

- (6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer nur derjenige Teil des Beitrags zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8 a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der versicherten Person berücksichtigt.
- (3) Als tarifliches Lebensalter gilt die Differenz zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.

§ 8 b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder häufigerer Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.

Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Treuhänder ist derjenige Treuhänder, der vom Versicherer gegenüber der Aufsichtsbehörde als unabhängiger Treuhänder für die nicht gesetzlich vorgeschriebenen substitutiven Krankenversicherungstarife benannt ist.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist. Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht ein anderer Zeitpunkt im Rahmen des Gruppenversicherungsvertrages bestimmt wird.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die versicherte Person haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Zur Prüfung, ob und ggf. in welchem Umfang ein bedingungsgemäßer Versicherungsfall vorliegt, ist die versicherte Person verpflichtet, auf Verlangen des Versicherers Ärzte, Krankenanstalten, Pflegeheime und Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen

sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zur Auskunftserteilung zu ermächtigen und von ihrer Schweigepflicht dem Versicherer gegenüber zu entbinden oder die erforderlichen Auskünfte selbst beizubringen.

- (4) Beginn und Ende einer jeden Auslandsreise sind vom Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person auf Verlangen des Versicherers im Leistungsfall nachzuweisen.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 Versicherungsvertragsgesetz (VVG, siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 genannten Obliegenheiten verletzt wird. Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges nach § 86 VVG (siehe Anhang) die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Kostenersatz geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) 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.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Soweit im Gruppenversicherungsvertrag nicht anders geregelt, kann der zum Gruppenversicherungsvertrag angemeldete Mitarbeiter während der Dauer der Versicherung innerhalb des Gruppenversicherungsvertrages nur das gesamte nach dem Gruppenversicherungsvertrag für

eine versicherte Person bestehende Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

- (3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt bzw. ein Beitragszuschlag zu zahlen ist, kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens gekündigt werden, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen nach § 18 Absatz 1, so kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung gekündigt werden. Bei einer Beitragserhöhung kann das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung gekündigt werden.
- (5) Sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, kann die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung zum Schlusse des Monats verlangt werden, in dem die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. bei vorzeitigem Ausscheiden des zum Gruppenversicherungsvertrag angemeldeten Mitarbeiters aus dem Unternehmen des Gruppenversicherungsvertragspartners hat der Mitarbeiter das Recht, das Versicherungsverhältnis zu den Bedingungen der Einzelversicherung des entsprechenden Tarifs fortzuführen, soweit Versicherungsfähigkeit gegeben ist. Als Eintrittsalter wird das dann erreichte Alter zu Grunde gelegt. Die Einzelheiten hierzu regelt der Gruppenversicherungsvertrag.
- (2) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des am Gruppenversicherungsvertrag teilnehmenden Mitarbeiters des Gruppenversicherungsvertragspartners. Die mitversicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers zu den Bedingungen der entsprechenden Einzelversicherung fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Mitarbeiters abzugeben.
- (3) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (4) Verlegt eine versicherte Person nach Versicherungsbeginn ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des

Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

- (5) Ferner endet für die jeweils versicherte Person die Versicherung nach Tarif ARVF, ARHF oder ARNF zu dem Zeitpunkt zu dem der letzte neben diesem Tarif für die versicherte Person bestehende Tarif mit der Endung F endet, siehe hierzu auch § 1 Absatz 4.
- (6) Liegt ein Scheidungsurteil bzw. ein Urteil über die Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft vor, dann haben die Ehegatten bzw. Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen, soweit Versicherungsfähigkeit besteht. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten bzw. Lebenspartner getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Hinsichtlich des Treuhänders gilt § 8 b Absatz 1, Satz 4 entsprechend. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen

Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil, es sei denn, mit dem Gruppenversicherungsvertragspartner wird ein anderer Termin vereinbart.

**Allgemeine Versicherungsbedingungen für die
Krankentagegeldversicherung ohne Alterungsrückstellung nach
Tarifen mit der Endung "F" im Rahmen von
Gruppenversicherungsverträgen (AVB/KTF)**

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Der Versicherungsschutz	2
§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes	2
§ 1 a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag	3
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes	3
§ 3 Wartezeiten	4
§ 4 Umfang der Leistungspflicht	4
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht	6
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen	7
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes	7
Pflichten des Versicherungsnehmers	7
§ 8 Beitragszahlung	7
§ 8 a Beitragsberechnung	8
§ 8 b Beitragsanpassung	9
§ 9 Obliegenheiten	9
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen	10
§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit und von Beendigungsgründen	10
§ 12 Aufrechnung	10
Ende der Versicherung	10
§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer	10
§ 14 Kündigung durch den Versicherer	11
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe	11
Sonstige Bestimmungen	12
§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen	12
§ 17 Gerichtsstand	12
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen	13

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung ohne Alterungsrückstellung nach Tarifen mit der Endung "F" im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/KTF)

gültig ab 01.07.2018

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstausschlag als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen.

Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

Tritt innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die in den letzten 12 Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.
- (3) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.
- (4) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen inkl. Tarif sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (5) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.
- (6) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.
- (7) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.
- (8) Der Versicherungsnehmer kann - soweit das Versicherungsverhältnis zu den Konditionen der Einzelversicherung geführt wird - die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags spätestens zu dem Zeitpunkt verpflichtet, zu dem der Versicherungsnehmer die Versicherung hätte kündigen

können (§ 13). Die erworbenen Rechte bleiben erhalten. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes etwaige Wartezeiten einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist; mit Ausnahme einer Befristung nach § 196 VVG (siehe Anhang) besteht der Umwandlungsanspruch auch nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

§ 1 a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

- (1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstaussfall der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Absätze 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 18 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.
- (2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstaussfall zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.
- (3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstaussfall das auf den Kalender-tag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes.
- (4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Absätze 1 und 2 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.
- (5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

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

Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

- (2) Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf in Textform kündigt. Für den zum Gruppenversicherungsvertrag angemeldeten Mitarbeiter gilt § 13 Absatz 2. Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn des jeweiligen Tarifes an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 3 Wartezeiten

Es gelten keine Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif.
- (2) Die Leistungspflicht des Versicherers beschränkt sich auf das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen zuzüglich des nach Satz 8 versicherbaren Betrages.

Sonstige aus Anlass der Arbeitsunfähigkeit erbrachte Leistungen werden auf die Versicherungsleistungen angerechnet.

Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Stellung des Versicherungsantrags bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

Als Nettoeinkommen gelten 75 % des Bruttogehalts aus unselbstständiger Tätigkeit (einschließlich Urlaubs-, Weihnachtsgeld, vermögenswirksamer Leistungen und Sachbezügen sowie regelmäßiger Sonderzahlungen und Zulagen).

Im Einzelfall kann ein durch Steuerbescheid oder Gehaltsabrechnung nachgewiesenes höheres durchschnittliches Nettoeinkommen berücksichtigt werden. Nettoeinkommen ist in diesem Fall das Bruttogehalt abzüglich Steuern (einschließlich Kirchensteuer und Solidaritätszuschlag).

Wird die versicherte Tätigkeit nachweislich noch keine 12 Monate ausgeübt, gelten als Nettoeinkommen 75 % des vereinbarten Jahreszielgehalts.

Zusätzlich zum Nettoeinkommen können die Beitragsanteile abgesichert werden, die anstelle des Arbeitgeberanteils nach Wegfall der Entgeltfortzahlung während der Arbeitsunfähigkeit zur Renten-, Arbeitslosen-, gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflege-Pflichtversicherung zu entrichten sind.

Bei Arbeitnehmern darf die Karenzzeit nicht kürzer als die Dauer der Arbeitsentgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit durch den Arbeitgeber sein - soweit nicht anders vereinbart.

- (3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet, dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens bzw. Verlängerung der Arbeitsentgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber bei Arbeitsunfähigkeit mitzuteilen.
- (4) Bei Änderung des dem Versicherungsverhältnis zugrunde gelegten Nettoeinkommens gilt Folgendes:
- a) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen

herabsetzen. Ebenso kann der Versicherungsnehmer eine entsprechende Anpassung verlangen.

Maßgebend sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen. Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht.

Die Herabsetzung des Krankentagegelds und des Beitrags werden zum Beginn des auf die Kenntniserlangung folgenden Monats wirksam. Bei einem Änderungsverlangen des Versicherungsnehmers ist der Versicherer berechtigt, einen Einkommensnachweis zu verlangen. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

- b) Bei einer Erhöhung des Nettoarbeitsentgelts wird für Arbeitnehmer in einem festen Arbeitsverhältnis auf Antrag des Versicherungsnehmers das vereinbarte Tagegeld im Rahmen der bestehenden Tarife entsprechend angepasst. Dabei findet grundsätzlich die Bestimmung des § 2 Absatz 1 Satz 2 Anwendung. Für die Anpassung entfällt jedoch eine erneute Risikoprüfung, wenn der Antrag auf Anpassung spätestens innerhalb von 2 Monaten nach der Entgelterhöhung gestellt wird.

Wirksam wird die Anpassung zu dem Monatsbeginn, der dem Antragseingang beim Versicherer folgt, frühestens jedoch zu Beginn des Monats, für den die Entgelterhöhung gilt.

Die Erhöhung des Nettoarbeitsentgelts und der Zeitpunkt, ab wann diese gilt, sind auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

- (5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.
- (6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.
- (7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen.

Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern, Eltern oder Kindern reichen zum Nachweis der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

- (8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Der Versicherer wird sich auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn:
- a) ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten oder
 - b) es sich um eine Notfalleinweisung handelte, oder
 - c) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder

- d) während des Aufenthalts in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte.
- (10) Die tariflichen Leistungen werden auch dann gewährt, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt veranlasste weitere stationäre Behandlung in einer Krankenanstalt nach Absatz 9 anschließt. Voraussetzung ist, dass die Anschlussheilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern.
- Der vorherigen Leistungszusage des Versicherers bedarf es nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung nicht länger als vier Wochen dauert.
- (11) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers bzw. der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht, für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit oder einer Berufsunfähigkeit (vergleiche § 15 Absatz 1 Buchstabe b), eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
- a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
- b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
- c) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz).
- Im Übrigen werden Zeiten des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes auf die bis zum tariflichen Leistungsbeginn zurückzulegenden Tage nicht angerechnet.
- Für die Zeit der Nichtbeschäftigung im Rahmen des gesetzlichen Beschäftigungsverbotes nach dem Mutterschutzgesetz wird unabhängig vom Vorliegen einer Arbeitsunfähigkeit und unabhängig vom tariflichen Leistungsbeginn bei Entbindung nach Vorlage der amtlichen Geburtsurkunde eine Pauschale in Höhe des 12-fachen vereinbarten Krankentagegeldes gezahlt.
- d) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich - unbeschadet des Absatzes 2 - in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vergleiche § 4 Absatz 8 bis 10). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;
- e) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
- f) wegen Schwangerschaftskomplikationen, Früh- oder Fehlgeburt, Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen im Zusammenhang mit einer zum Zeitpunkt der Anmeldung der betroffenen versicherten Person zum Gruppenversicherungsvertrag bzw. Antragstellung bekannten bestehenden Schwangerschaft.

- (2) Während des Aufenthaltes in einem Heilbad oder Kurort - auch bei einem Krankenhausaufenthalt - besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- Das Krankentagegeld wird 14-tägig nachträglich gegen Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung über die bisherige Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie der Art der Erkrankung gezahlt. Dabei ist möglichst ein Vordruck des Versicherers zu verwenden.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.
- Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.
- (5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§§ 13 bis 15). Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis nach § 14 Absatz 1, so endet der Versicherungsschutz für schwebende Versicherungsfälle erst am dreißigsten Tag nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses. Endet das Versicherungsverhältnis wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit oder wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, Bezug von Erwerbsunfähigkeits-/Erwerbsminderungs- oder Altersrente, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Absatz 1 a) bis d).

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Die Beiträge sind Monatsbeiträge. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (2) Für die Festsetzung der Beiträge gilt als Eintrittsalter der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem das Versicherungsverhältnis nach dem jeweiligen Tarif beginnt.

Es werden Beitragsgruppen gebildet für Alter 16-67 und ab 68 Jahre. Maßgeblich ist das im jeweiligen Kalenderjahr vollendete Lebensjahr. Der Beitrag der neuen Altersgruppe ist jeweils ab 1. Januar des Kalenderjahres zu zahlen, in dem das maßgebliche Alter vollendet wird.

- (3) In Deutschland sind Krankenversicherungsbeiträge nach aktueller Rechtslage von der Versicherungsteuer befreit. Auf die in den technischen Berechnungsgrundlagen ausgewiesenen Beiträge wird deshalb derzeit keine Versicherungsteuer erhoben, dies wird im Versicherungsschein entsprechend dokumentiert.
- In einigen ausländischen Staaten wird Versicherungsteuer auf Beiträge zu Krankenversicherungsverträgen erhoben. Im europäischen Ausland ist im Regelfall der Versicherer zur Steuerentrichtung verpflichtet. Sofern der Versicherer Steuerschuldner bzw. Steuerentrichtungsschuldner für Versicherungsteuer ist, wird die auf den steuerpflichtigen Beitrag zum jeweils gültigen Steuersatz anfallende Versicherungsteuer ausgewiesen und zusätzlich zum Beitrag erhoben.
- (4) Der erste Beitrag ist spätestens unverzüglich nach Aushändigung des Versicherungsscheines zu zahlen, bei einem späteren Versicherungsbeginn zu diesem Zeitpunkt.
- (5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet. Die Mahnkosten betragen für jede Mahnung 0,50 EUR. Darüber hinaus können Verzugszinsen und die von Dritten in Rechnung gestellten Kosten und Gebühren (z. B. Rückläufergebühren, Gerichtskosten) erhoben werden.
- (6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8 a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, werden das Geschlecht und die bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensaltersgruppe der versicherten Person berücksichtigt.
- Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr der versicherten Person und dem Kalenderjahr, in dem die Änderung in Kraft tritt.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risiko- und Beitragszuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8 b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten oder wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen.
- Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Treuhänder ist derjenige Treuhänder, der vom Versicherer gegenüber der Aufsichtsbehörde als unabhängiger Treuhänder für die nicht gesetzlich vorgeschriebenen substitutiven Krankenversicherungstarife benannt ist. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein tariflicher Beitragszuschlag angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Anpassungen nach Absatz 1 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung der Versicherungsnehmer folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens bis zum Ablauf der vereinbarten Karenzzeit, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Absatz 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer - möglichst auf einem von ihm zur Verfügung gestellten Vordruck - alle zwei Wochen nachzuweisen.
- Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vergleiche § 6 Absatz 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- Die ärztliche Untersuchung kann an einem vom Versicherer bestimmten Ort erfolgen.
- (4) Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.
- (6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Leistungspflicht befreit, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Absatz 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit und von Beendigungsgründen

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, der Eintritt der Berufsunfähigkeit oder der Bezug von Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- bzw. Erwerbsminderungsrente oder Altersrente (vergleiche § 15 Absatz 1 a) bis d)) einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden. Soweit im Gruppenversicherungsvertrag nicht anders geregelt, kann der zum Gruppenversicherungsvertrag angemeldete Mitarbeiter während der Dauer der Versicherung innerhalb des Gruppenversicherungsvertrages nur das gesamte nach dem Gruppenversicherungsvertrag für eine versicherte Person bestehende Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Kalenderjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (3) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für eine andere Altersgruppe gilt bzw. ein Beitragszuschlag zu zahlen ist, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen nach § 18 Absatz 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung nach § 4 Absatz 4 Gebrauch, so kann das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung gekündigt werden. Bei einer Beitragserhöhung kann das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung gekündigt werden.

- (5) Sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, kann die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung zum Schlusse des Monats verlangt werden, in dem die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) Der Versicherer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegeldes beschränkt werden.
- (4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen, Tarife oder für nachträgliche Erhöhungen erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Person
 - a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist.

Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;
 - b) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nach medizinischem Befund im bisher ausgeübten Beruf auf nicht absehbare Zeit mehr als 50 % erwerbsunfähig ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Eintritt der Berufsunfähigkeit.
 - c) mit Bezug einer Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsrente.
 - d) mit dem Bezug von Altersrente.
 - e) mit dem Tod. Beim Tod des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben;

- f) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 7 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

(2) Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses:

- a) Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit aufgrund vorübergehender Arbeitslosigkeit, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsrente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer der Unterbrechung der Erwerbstätigkeit aufgrund vorübergehender Arbeitslosigkeit, für die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsrente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen. Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von 2 Monaten seit Eintritt des Ereignisses, bei späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen. Nach Ablauf dieser Frist ist die Umstellung in eine Anwartschaftsversicherung nicht möglich.
- b) Bei Beendigung des Gruppenversicherungsvertrags bzw. bei vorzeitigem Ausscheiden des zum Gruppenversicherungsvertrag angemeldeten Mitarbeiters und damit verbundenem Wechsel der beruflichen Tätigkeit hat der Mitarbeiter das Recht das Versicherungsverhältnis ohne Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten zu den Bedingungen der Einzelversicherung nach einem entsprechenden Tarif fortzuführen, soweit die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind. Als Eintrittsalter wird das dann erreichte Alter zu Grunde gelegt. Die Einzelheiten hierzu regelt der Gruppenversicherungsvertrag.
- c) Liegt ein Scheidungsurteil bzw. ein Urteil über die Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft vor, dann haben Ehegatten bzw. Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen, soweit die Voraussetzungen der Versicherungsfähigkeit dem Grunde und der Höhe nach gegeben sind. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten bzw. Lebenspartner getrennt leben.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Hinsichtlich des Treuhänders gilt § 8 b Absatz 1, Satz 4 entsprechend. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Tarife Krankentagegeld PROFIL (Tarife TA6VF, TA6HF, TA6NF) **Krankentagegeldversicherung ohne Altersrückstellung**

gültig ab 01.07.2013

Die Tarife TA 6VF, TA 6HF, TA 6NF gelten in Verbindung mit den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankentagegeldversicherung ohne Altersrückstellung nach Tarifen mit der Endung F im Rahmen von Gruppenversicherungsverträgen (AVB/KTF)

1. Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

- 1.1** In diese Tarife können Mitglieder einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) aufgenommen werden, die im Rahmen eines vom Versicherer geschlossenen Gruppenversicherungsvertrags versicherbar sind.

- 1.2** Versicherungsfähig sind ausschließlich
 - Arbeitnehmer in einem festen Arbeitsverhältnis, die nicht nur geringfügig beschäftigt oder
 - Auszubildende sind. Die Dauer der Entgeltfortzahlung bei Arbeitsunfähigkeit darf 6 Wochen nicht übersteigen.

- 1.3** Als Krankentagegeld können Tagessätze von 10, 15 bzw. 20 EUR vereinbart werden.

2. Versicherungsleistungen

- 2.1** Ist der Versicherte infolge einer Krankheit oder eines Unfalls völlig (100 %) arbeitsunfähig, wird das versicherte Krankentagegeld - auch für Sonn- und Feiertage - nach Ablauf der Karenzzeit ohne zeitliche Begrenzung, für die Dauer der völligen Arbeitsunfähigkeit gezahlt.

- 2.2** Der Anspruch auf Krankentagegeld beginnt jeweils nach einer Karenzzeit von 6 Wochen, d. h. am 43. Tag ab Eintritt der völligen Arbeitsunfähigkeit.

Gesetzesauszüge mit den in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen zitierten Rechtsvorschriften Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

§ 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.

§ 19 Anzeigepflicht, Absatz 2

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

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (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 Auskunfts- 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 Asylbewerberleistungsgesetzes 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.

§ 196 Befristung der Krankentagegeldversicherung

- (1) Bei der Krankentagegeldversicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeldversicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.
- (2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeldversicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.
- (4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

§ 205 Kündigung des Versicherungsnehmers

- (3) Ergibt sich aus dem Versicherungsvertrag, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintreten anderer dort genannter Voraussetzungen die Prämie für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder die Prämie unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen, wenn sich die Prämie durch die Änderung erhöht.
- (4) Erhöht der Versicherer auf Grund einer Anpassungsklausel die Prämie oder vermindert er die Leistung, kann der Versicherungsnehmer hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung mit Wirkung für den Zeitpunkt kündigen, zu dem die Prämienhöhung oder die Leistungsminderung wirksam werden soll.

Auszug aus dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

§ 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 Absatz 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Merkblatt zur Datenverarbeitung

R+V Versicherungsgruppe - Raiffeisenplatz 1 - 65189 Wiesbaden
Stand Januar 2019

1. Wozu dient dieses Merkblatt?

Mit diesem Merkblatt informieren wir Sie umfassend über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten. Diese verarbeiten wir nur, soweit wir dazu gesetzlich berechtigt oder verpflichtet sind.

Die deutsche Versicherungswirtschaft hat sich in den **Verhaltensregeln der deutschen Versicherungswirtschaft** verpflichtet, nicht nur die datenschutzrelevanten Gesetze streng einzuhalten, sondern auch durch weitere Maßnahmen den Datenschutz zu fördern. Erläuterungen dazu finden Sie in den Verhaltensregeln im Internet: www.code-of-conduct.ruv.de

Dort finden Sie auch die Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe, die diesen Verhaltensregeln zum 01.01.2014 beigetreten sind. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die Verhaltensregeln gerne per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an unseren Datenschutzbeauftragten.

2. Kontaktdaten unseres Datenschutzbeauftragten

Wenn Sie datenschutzrechtliche Fragen haben, wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten der R+V Versicherungsgruppe:

Dr. Roland Weiß
Raiffeisenplatz 1
65189 Wiesbaden
E-Mail: datenschutz@ruv.de

Wenn Sie allgemeine Fragen zu Ihrem Vertrag haben, nutzen Sie bitte die **allgemeinen Kontaktkanäle**. Informationen darüber finden Sie im Internet: www.ruv.de

3. Wie und wann verwenden wir Ihre personenbezogenen Daten?

Wir benötigen Ihre personenbezogenen Daten, um das zu versichernde Risiko vor einem Vertragsabschluss einschätzen zu können und das Vertragsverhältnis durchzuführen, z. B. im Schadens- oder Leistungsfall.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre Daten im rechtlich zulässigen Rahmen zum Zwecke der **Werbung oder der Markt- oder Meinungsforschung**. Dieser Nutzung können Sie jederzeit formlos mit Wirkung für die Zukunft widersprechen. Werbewidersprüche können Sie z. B. per E-Mail an ruv@ruv.de schicken.

Ihre Daten verarbeiten wir im Rahmen der datenschutzrechtlichen Vorgaben gegebenenfalls auch zu Zwecken, die nicht direkt mit Ihrem Vertrag zusammenhängen.

Beispielsweise kann dies der Fall sein, um

- zulässige regulatorische oder aufsichtsrechtliche Anforderungen zu erfüllen. So unterliegen wir mit unserer Haupttätigkeit einigen spezialgesetzlichen Vorschriften, in deren Rahmen Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden: z. B. Bekämpfung der Geldwäsche, gesetzliche Meldepflichten an staatliche Stellen, Solvency II etc.
- Verfahren elektronischer Datenverarbeitung zu prüfen und zu optimieren
- unternehmensintern und rechtlich zulässig unternehmensübergreifend verwendete Daten zusammenzustellen
- Tarifikalkulationen zu erstellen und internes Controlling durchzuführen
- rechtliche Ansprüche geltend zu machen und zur Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten

Grundsätzlich bitten wir Sie, uns nur Daten mitzuteilen, die für den jeweiligen Zweck (z. B. Vertragsbegründung, Leistungs- oder Schadenbearbeitung) notwendig oder gesetzlich vorgeschrieben sind

(z. B. wegen Vorgaben aus dem Geldwäschegesetz, Vorgaben aus dem Steuerrecht). Wenn wir Sie bitten, uns Daten freiwillig mitzuteilen, machen wir Sie darauf besonders aufmerksam. Falls es eine vertragliche oder gesetzliche Pflicht zur Mitteilung der Daten gibt und Sie dies verweigern, kann daraus folgen, dass wir den Vertrag nicht schließen können oder nicht zur Leistung verpflichtet sind.

4. Rechtsgrundlagen

In vielen Fällen ist die Datenverarbeitung gesetzlich zulässig, weil sie für das **Vertragsverhältnis** erforderlich ist. Das gilt vor allem für das Prüfen der Antragsunterlagen, das Abwickeln des Vertrags und um Schäden und Leistungen zu bearbeiten.

In bestimmten Fällen ist eine Datenverarbeitung nur zulässig, **wenn Sie dazu ausdrücklich einwilligen**.

Beispiele:

- Gesundheitsdaten, die wir in der Lebens-, Kranken- oder Unfallversicherung verarbeiten.
- In einigen Fällen verarbeiten wir Ihre Daten zu Werbezwecken nur, wenn Sie hierzu ausdrücklich eingewilligt haben.

Um diese Einwilligung bitten wir Sie gesondert.

In anderen Fällen verarbeiten wir Ihre Daten auf Grund einer **allgemeinen Interessenabwägung**, d. h. wir wägen unsere mit den jeweiligen Interessen des Betroffenen ab. Ein Beispiel: Wenn wir wegen einer Prozessoptimierung Daten an spezialisierte Dienstleister übermitteln und diese eigenverantwortlich arbeiten, schließen wir mit diesen Dienstleistern Verträge. Diese stellen sicher, dass die Dienstleister ein angemessenes Datenschutzniveau einhalten.

5. Herkunft und Kategorien personenbezogener Daten

Grundsätzlich erheben wir personenbezogenen Daten direkt beim Betroffenen.

In bestimmten Fällen kann es jedoch sein, dass wir personenbezogene Daten von Dritten erhalten.

Beispiele:

- Bei **Postrückläufern** führen spezialisierte Dienstleister eine Adressrecherche durch, um aktuelle Anschriftdaten zu ermitteln.
- Daten zu **Mitversicherten bzw. versicherten Personen** erhalten wir über unseren Versicherungsnehmer, falls wir die Daten nicht direkt bei diesen Personen erheben können.
- Wir erheben z. B. den Namen, die Adresse und das Geburtsdatum. Die erforderlichen Daten für den Leistungsfall erheben wir direkt beim Betroffenen.
- Daten zu **Bezugsberechtigten oder Begünstigten** erhalten wir von unserem Versicherungsnehmer, z. B. den Namen, die Adresse und das Geburtsdatum, um den Betroffenen im Leistungsfall kontaktieren zu können.
- Bei der Kfz-Versicherung erhalten wir die Daten eines **abweichenden Halters** von unserem Versicherungsnehmer, z. B. den Namen, die Kontaktdaten, Daten zum Fahrzeug und das Geburtsdatum.
- Daten zu **Sicherungsgebern, Kreditgebern, Leasinggebern, Bürgschafts- bzw. Garantiegläubigern und Forderungsinhabern** erhalten wir unter Umständen von unserem Versicherungsnehmer. Umgekehrt kann es sein, dass wir von jenen Daten zum Versicherungsnehmer erhalten, insbesondere Kontaktdaten und Angaben zum betroffenen Risiko.
- Bei einer **Warenkreditversicherung** erhalten wir Daten zu **Risikokunden** von unserem Versicherungsnehmer, z. B. Kontaktdaten und weitere Angaben des Risikokunden.
- Daten zu **Zeugen** erhalten wir von unserem Versicherungsnehmer oder beteiligten Dritten, z. B. Ermittlungs- und Strafverfolgungsbehörden. So erhalten wir den Namen, die Kontaktdaten und die jeweiligen Informationen zum Sachverhalt.
- Bei **Bonitätsauskünften** erhalten wir Bonitätsinformationen von spezialisierten Auskunftsteilen. Nähere Informationen dazu finden Sie unter Punkt 11.
- Außerdem erhalten wir Daten zu Ihrer Person über Ihren zuständigen Vermittler, z. B. im Rahmen der Antragsaufnahme.

6. An wen übermitteln wir Ihre Daten?

Im Rahmen des Vertrags kann es zu einer Datenübermittlung an Dritte kommen:

a) Rückversicherer

Wir geben in bestimmten Fällen, z. B. bei einem hohen finanziellen Ausfallrisiko, einen Teil der durch den Vertrag übernommenen Risiken an **Rückversicherer** weiter. Hier kann es notwendig sein, dem Rückversicherer entsprechende versicherungstechnische Angaben mitzuteilen.

Die Datenübermittlung an Rückversicherer erfolgt im Rahmen einer allgemeinen Interessenabwägung. Wenn es erforderlich ist, gesundheitsbezogene Informationen an Rückversicherer zu übermitteln, holen wir Ihre gesonderte Einwilligung ein.

Informationen zur Datenverarbeitung bei den in Frage kommenden Rückversicherern finden Sie auf unseren Internetseiten: www.rueckversicherung.ruv.de

b) Versicherungsvermittler

Betreut Sie bei Ihren Versicherungsgeschäften ein Vermittler, teilen wir ihm allgemeine Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten mit, die er zum Beraten und Betreuen braucht. Wenn Sie nach Vertragsabschluss nicht mehr vom ursprünglichen Vermittler betreut werden wollen, können Sie Ihr **Widerrufsrecht** nutzen. Dieses besteht auch, wenn der Vermittler aus anderen Gründen wechselt, z. B. wenn er seine Tätigkeit einstellt. Wir können Ihnen dann einen neuen Vermittler anbieten, der Sie betreut.

Daten an den Versicherungsvermittler übermitteln wir grundsätzlich im Rahmen einer allgemeinen Interessenabwägung oder auf gesetzlicher Grundlage.

Wenn es erforderlich ist, dem Vermittler gesundheitsbezogene Informationen mitzuteilen, holen wir Ihre gesonderte Einwilligung ein.

c) Datenübermittlung an andere Versicherer

Sie sind verpflichtet, Fragen im Versicherungsantrag vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten. In bestimmten Fällen prüfen wir Ihre Angaben bei Ihrem Vorversicherer. Bei der Risikoprüfung kann es beispielsweise zum Überprüfen von Schadenfreiheitsrabatten, insbesondere der Schadenfreiheitsklassen in der Kfz-Haftpflichtversicherung und Vollkaskoversicherung, und zur Ergänzung oder Verifizierung der Angaben der Antragsteller oder Versicherten notwendig sein, Informationen mit einem **Vorversicherer** auszutauschen. Gleiches gilt, wenn wir Ihre Daten an einen **Nachversicherer** weitergeben.

Auch beim Übertragen von Ansprüchen auf Altersvorsorge bei Anbieter- oder Arbeitgeberwechsel oder von Altersrückstellungen in der Krankenversicherung auf den neuen Versicherer kann ein Datenaustausch zwischen Vorversicherer und nachfolgendem Versicherer notwendig sein.

Außerdem müssen in bestimmten Fällen, z. B. Mehrfachversicherungen, gesetzlichem Forderungsübergang und bei Teilungsabkommen, personenbezogene Daten unter den Versicherern ausgetauscht werden. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Kfz-Kennzeichen, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, oder Angaben zum Schaden, wie Schadenhöhe und Schadentag. Den Datenaustausch dokumentieren wir.

Beim gemeinsamen Absichern von Risiken können bei der Risikoprüfung und Schadenbearbeitung Daten mit den beteiligten Versicherern ausgetauscht werden.

Auch dann erfolgt die Datenübermittlung an andere Versicherer grundsätzlich im Rahmen einer allgemeinen Interessenabwägung und in einigen Fällen auf Grundlage einer Einwilligung, die wir gesondert von Ihnen einholen.

d) Zentrales Hinweis- und Informationssystem (HIS)

Während wir einen Antrag oder Schaden prüfen, kann es zur Risikobeurteilung, weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder Verhinderung von Versicherungsmissbrauch notwendig sein, Anfragen an andere Versicherer zu richten oder Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Die Versicherungswirtschaft nutzt zur genaueren Risiko- und Leistungsfalleinschätzung das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH. Eine detaillierte Beschreibung des HIS finden Sie im Internet unter www.informa-his.de. Nicht alle Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe nehmen am HIS teil.

Ergänzende Informationen über die Anfrage beim HIS finden Sie in unserer Datenschutzerklärung:
www.ruv.de/datenschutz

Eine Meldung in das HIS und seine Nutzung erfolgen nur zu Zwecken, die mit dem System verfolgt werden dürfen, also nur wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. In diesen Fällen erfolgt die Datenübermittlung auf Grundlage einer allgemeinen Interessenabwägung. Falls wir Sie beim HIS melden, informieren wir Sie schriftlich darüber.

Schaden

An das HIS melden wir und andere Versicherungsunternehmen erhöhte Risiken und Auffälligkeiten, die auf Versicherungsbetrug hindeuten könnten und daher näher geprüft werden müssen. Die Meldung ist bei Antragstellung oder im Schadensfall möglich und kann eine Person oder eine Sache, z. B. ein Kfz, betreffen. Eine Meldung zur Person ist möglich, wenn ungewöhnlich oft Schäden gemeldet werden oder z. B. das Schadenbild mit der Schadenschilderung nicht in Einklang zu bringen ist. Die Versicherer müssen im Schadensfall wissen, ob ein Fahrzeug schwerwiegende oder unreparierte Vorschäden hatte oder schon einmal als gestohlen gemeldet wurde. Deshalb melden wir Fahrzeuge an das HIS, wenn diese einen Totalschaden erlitten haben, gestohlen wurden oder wenn Schäden ohne Reparaturnachweis abgerechnet wurden.

Immobilien melden wir an das HIS, wenn wir eine ungewöhnlich hohe Schadenhäufigkeit feststellen. Sollten wir Sie, Ihre Immobilie oder Ihr Fahrzeug an das HIS melden, informieren wir Sie darüber.

Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Vertrags oder Regulierung eines Schadens richten wir Anfragen zur Person oder Sache (z. B. Kfz) an das HIS und speichern die Ergebnisse. Im Schadensfall kann es nach einem Hinweis durch das HIS erforderlich sein, genauere Angaben zum Sachverhalt von den Versicherern zu erfragen, die Daten an das HIS gemeldet haben. Auch diese Ergebnisse speichern wir, wenn sie für die Prüfung des Versicherungsfalls relevant sind. Es kann auch sein, dass wir Anfragen anderer Versicherer in einem späteren Leistungsfall beantworten und daher Auskunft über Ihren Schadensfall geben müssen.

Rechtsschutz

An das HIS melden wir und Versicherungsunternehmen erhöhte Risiken, z. B. Verträge mit ungewöhnlich häufig gemeldeten Rechtsschutzfällen. Sollten wir Sie an das HIS melden, benachrichtigen wir Sie darüber. Bei der Prüfung Ihres Antrags auf Abschluss eines Vertrags richten wir Anfragen zu Ihrer Person an das HIS und speichern die Ergebnisse. Erhalten wir einen Hinweis auf risik erhöhende Besonderheiten, kann es sein, dass wir von Ihnen zusätzliche Informationen zum konkreten Meldegrund benötigen.

Soweit es zur Sachverhaltsaufklärung erforderlich ist, können im Leistungsfall Daten zwischen dem in das HIS meldenden und dem abrufenden Versicherungsunternehmen ausgetauscht werden. Der Datenaustausch wird dokumentiert. Die Betroffenen werden über den Austausch informiert, wenn er nicht zum Aufklären von Widersprüchlichkeiten erfolgt.

e) Kfz-Zulassungsstelle

Beim Abschluss einer Kfz-Versicherung sowie bei allen sonstigen versicherungsrelevanten Zulassungsvorgängen (z. B. Ab- oder Ummeldung, Wohnortwechsel, Versichererwechsel) ist es gesetzlich erforderlich, personenbezogene Daten mit der Kfz-Zulassungsstelle auszutauschen. Dies ist z. B. der Fall, wenn Sie eine von uns erteilte elektronische Versicherungsbestätigung (eVB) bei der Kfz-Zulassungsstelle vorlegen, um ein Kfz zuzulassen.

f) Auftragnehmer und Dienstleister

Im Internet können Sie unter www.code-of-conduct.ruv.de Listen der Auftragnehmer und Dienstleister abrufen, zu denen dauerhafte Geschäftsbeziehungen bestehen.

Auf Wunsch schicken wir Ihnen gerne einen Ausdruck per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an unseren Datenschutzbeauftragten.

Wenn wir an Dienstleister nicht lediglich streng weisungsgebundene "Hilfsfunktionen" ausgelagern, sondern Dienstleister weitergehende Tätigkeiten eigenständig erbringen, liegt datenschutzrechtlich eine sogenannte Funktionsübertragung vor. Typische Beispiele hierfür sind Sachverständige, Wirtschaftsprüfer oder medizinische Dienstleister.

Wenn Sie geltend machen können, dass wegen Ihrer persönlichen Situation Ihr schutzwürdiges Interesse das Interesse des übermittelnden Versicherungsunternehmens überwiegt, haben Sie für die Datenübermittlung bei Funktionsübertragungen ein Widerspruchsrecht.

Ein Beispiel: Bei einem zurückliegenden Versicherungsfall hat ein Gericht rechtskräftig festgestellt, dass ein bestimmter Sachverständiger Ihren Sachverhalt falsch begutachtet hat. In einem erneuten Schadensfall können Sie der Beauftragung desselben Sachverständigen widersprechen, da begründete Einwände gegen diesen bestehen. Dagegen reicht es nicht aus, wenn Sie ohne Angabe besonderer Gründe keine Datenübermittlung an Dienstleister generell oder einen bestimmten Dienstleister wünschen. Funktionsübertragungen finden Sie in der oben genannten Dienstleisterliste.

g) Zentralisierte Datenverarbeitung innerhalb der R+V Versicherungsgruppe

Innerhalb der R+V Versicherungsgruppe sind einzelne Bereiche zentralisiert, z. B. der Beitragseinzug, die telefonische Kundenbetreuung oder die Datenverarbeitung. Daher werden Stammdaten wie Ihre Versicherungsnummer, die Art der Verträge oder Ihr Geburtsdatum in einer zentralen Datensammlung geführt; d. h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten.

So wird z. B. Ihre Adresse gegebenenfalls nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen. So kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischen Anfragen schnell der zuständige Ansprechpartner genannt werden.

Alle an die zentralisierte Datenverarbeitung angebundenen Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe können diese Stammdaten einsehen.

Die übrigen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den vertragsführenden Unternehmen der Gruppe abfragbar.

Folgende Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe sind an die zentralisierte Datenverarbeitung angebunden:

R+V Versicherung AG
R+V Allgemeine Versicherung AG
R+V Direktversicherung AG
R+V Gruppenpensionsfonds-Service GmbH*
R+V Krankenversicherung AG
R+V Lebensversicherung AG
R+V Lebensversicherung a.G.
R+V Luxembourg Lebensversicherung S.A., Niederlassung Wiesbaden
R+V Pensionsfonds AG
R+V Pensionskasse AG
R+V Pensionsversicherung a.G.
R+V Rechtsschutz-Schadenregulierungs-GmbH*
R+V Service Center GmbH*
R+V Treuhand GmbH*
RUV Agenturberatungs GmbH*
Vereinigte Tierversicherung Gesellschaft a.G.
KRAVAG-HOLDING Aktiengesellschaft
KRAVAG-ALLGEMEINE Versicherungs-AG
KRAVAG-LOGISTIC Versicherungs-AG
KRAVAG-SACH Versicherung des Deutschen Kraftverkehrs VaG
KRAVAG und SVG Assekuranz Vertriebs- und Bearbeitungszentrum GmbH*
KRAVAG Umweltschutz und Sicherheitstechnik GmbH (KUSS)*
Condor Allgemeine Versicherungs-Aktiengesellschaft
Condor Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft
Condor Dienstleistungs-GmbH*
R+V Dienstleistungs-GmbH*
Pension Consult Beratungsgesellschaft für Altersvorsorge mbH*
carexpert Kfz-Sachverständigen GmbH*
CHEMIE Pensionsfonds AG
compertis Beratungsgesellschaft für betriebliches Vorsorgemanagement mbH*
UMB Unternehmens-Managementberatungs GmbH*

* Dieses Unternehmen ist Dienstleister der Unternehmen der R+V Versicherungsgruppe und kann daher auf personenbezogene Daten zugreifen.

Die jeweils aktuelle Liste der an der zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmenden Unternehmen können Sie unter www.code-of-conduct.ruv.de abrufen. Auf Wunsch schicken wir Ihnen gerne einen Ausdruck dieser Liste per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an unseren Datenschutzbeauftragten.

h) Übergeordnete Finanzkonglomeratsunternehmen

Wir übermitteln personenbezogene Daten an die DZ BANK AG als übergeordnetes Finanzkonglomeratsunternehmen, wenn und soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Eine solche Verpflichtung kann sich aus den Regeln über eine ordnungsgemäße Geschäftsorganisation ergeben, zum Beispiel an ein angemessenes und wirksames Risikomanagement auf Konzernebene.

i) Leasing- und Kreditgeber

Wenn Sie im Rahmen von Leasing- oder Kreditverträgen Sachversicherungen mit R+V abschließen, informieren wir den Leasing- bzw. Kreditgeber auf Anfrage darüber, dass ein entsprechender Versicherungsschutz besteht und er im Zusammenhang mit Kündigungen, Zahlungsverzug und Schadensfällen als Drittberechtigter erfasst ist.

Er erhält auch Informationen über Versicherungssummen und bestehende Selbstbeteiligungen, damit er sein finanzielles Ausfallrisiko beurteilen kann.

j) Behörden, Zentralbanken und andere Stellen mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben

An Behörden, Zentralbanken und andere Stellen mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten, wenn wir gesetzlich oder vertraglich dazu berechtigt oder verpflichtet sind. Eine solche Datenübermittlung kann auf Anfrage einer Behörde erfolgen. Wir prüfen dann, ob die Behörde die Daten erhalten darf.

In einigen Fällen sind wir gesetzlich dazu verpflichtet, Ihre Daten an Behörden zu übermitteln, z. B.

- wegen steuerrechtlicher Vorschriften oder Verpflichtungen aus dem Kreditwesengesetz bei Meldungen an die Deutsche Bundesbank oder
- bei einer gesetzlich erforderlichen Berufshaftpflichtversicherung an die rechtlich festgeschriebenen Meldestellen.

In allen anderen Fällen holen wir von Ihnen eine Einwilligung ein.

k) Mitversicherte

In Verträgen, bei denen es neben dem Versicherungsnehmer noch andere mitversicherte Personen gibt, kann es zur Vertragsdurchführung erforderlich sein, dass Daten der jeweils anderen Person übermittelt werden. Sofern Ihre Einwilligung notwendig ist, holen wir diese gesondert ein.

7. Datenübermittlung in Drittstaaten außerhalb der EU/EWR

Wenn wir personenbezogene Daten innerhalb der EU/EWR übermitteln, beachten wir die strengen rechtlichen Vorgaben.

Wenn es erforderlich ist, übermitteln wir Ihre personenbezogenen Daten an Dienstleister in Drittstaaten außerhalb der EU/EWR, z. B. im Rahmen von IT-Leistungen oder an Sachverständige. Auswahl und vertragliche Vereinbarungen richten sich selbstverständlich nach den gesetzlichen Regelungen.

Bei bestimmten Vertragstypen kann es vorkommen, dass wir Ihre Daten an Rückversicherer in Drittstaaten außerhalb der EU/EWR übermitteln.

Insbesondere in den Fällen, bei denen das versicherte Risiko oder der Versicherungsnehmer sich in einem Drittstaat befindet, kann es erforderlich sein, Daten in den Drittstaat zu übermitteln (z. B. Vermittler, andere Versicherer).

Darüber hinaus bestehen in bestimmten Fällen gesetzliche Meldeverpflichtungen, wegen deren wir Ihre Daten an Behörden und ähnliche Stellen in Drittstaaten außerhalb der EU/EWR übermitteln müssen.

Auch bei Rechtsstreitigkeiten mit Auslandsbezug kann eine solche Übermittlung notwendig sein (z. B. Rechtsanwälte).

Wenn im Einzelfall Ihre Einwilligung notwendig ist, holen wir diese gesondert ein.

8. Wie lange speichern wir Ihre Daten?

Wenn es erforderlich ist, verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten für die Dauer unserer Geschäftsbeziehung. Das kann auch die Anbahnung oder die Abwicklung eines Vertrags sein.

Darüber hinaus unterliegen wir verschiedenen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten. Diese ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch (HGB), der Abgabenordnung (AO), dem Geldwäschegesetz (GWG) oder der Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung (RechVersV). Dort vorgegebene Fristen zur Aufbewahrung und Dokumentation betragen zwei bis 30 Jahre.

Die Speicherdauer richtet sich nach den gesetzlichen Verjährungsfristen, die zum Beispiel nach den §§ 195 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) bis zu 30 Jahre betragen können; die regelmäßige Verjährungsfrist beträgt drei Jahre.

Weitere Informationen zu unseren Löschfristen finden Sie im Internet unter www.ruv.de/static-files/ruvde/downloads/datenschutz/loeschfristen.pdf

Die Liste schicken wir Ihnen gerne auch per Post. Bitte wenden Sie sich dafür an unseren Datenschutzbeauftragten.

9. Welche Rechte haben Sie?

Ihre gesetzlichen Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung und Datenübertragbarkeit können Sie bei unserem Datenschutzbeauftragten geltend machen.

Beruhet die Datenverarbeitung auf einer allgemeinen Interessenabwägung, steht Ihnen ein Widerrufsrecht gegen diese Datenverarbeitung zu, wenn aus Ihrer persönlichen Situation Gründe gegen eine Datenverarbeitung sprechen.

10. Informationspflicht, wenn wir Daten Dritter von Ihnen erhalten

Erhalten wir von Ihnen als Versicherungsnehmer personenbezogene Daten von Dritten, müssen Sie das Merkblatt zur Datenverarbeitung an diese weitergeben. Das sind z. B. Mitversicherte, versicherte Personen, Bezugsberechtigte, Geschädigte, Zeugen, abweichende Beitragszahler, Kredit-, Leasinggeber etc.

11. Wann holen wir Informationen zu Ihrer Bonität ein?

R+V wird im Rahmen des Antrags auf Abschluss einer **Kfz-Haftpflichtversicherung** Ihre dazu erforderlichen Daten (Name, Vorname, Firmenbezeichnung, Anschrift, Geburtsdatum) an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden übermitteln, um Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Nutzung von Anschriftsdaten zu erhalten.

Aufgrund des berechtigten Interesses holen wir eine Bonitätsauskunft bei Abschluss einer Kfz-Haftpflichtversicherung im Hinblick auf das bei dieser Pflichtversicherung bestehende finanzielle Ausfallrisiko (Direktanspruch des Geschädigten). Die Pflichtversicherung sowie die Eintrittspflicht ergeben sich aus dem 1. Abschnitt Pflichtversicherungsgesetz für Kraftfahrzeughalter (PflVG) und aus Teil 2, Kapitel 1, Abschnitt 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

Bei Anträgen oder Angeboten zum Abschluss einer **Kautionsversicherung**, einer **Kreditversicherung** oder einer **Versicherung gegen finanzielle Verluste**, wie z. B. einer Vertrauensschadenversicherung, und während der Laufzeit eines dieser Verträge übermittelt R+V Ihre personenbezogenen Daten (Firma, Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum) an beauftragte Auskunftsteile. Dies geschieht, um Informationen zu Ihrem bisherigen Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Nutzung von Anschriftsdaten zu erhalten. Das berechtigte Interesse an einer Wirtschaftsauskunft besteht in diesen Fällen bei Abschluss und während der Durchführung dieser Verträge wegen des bestehenden finanziellen Ausfallrisikos der R+V Allgemeine Versicherung AG.

Unsere Partner sind:

infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden

informa Solutions GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden

SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden

Creditreform Wiesbaden Hoffmann KG, Adolfsallee 34, 65185 Wiesbaden

Bürgerl Wirtschaftsinformationen GmbH & Co. KG, Gasstraße 18, 22761 Hamburg

Prof. Schumann Analyse GmbH, Weender Landstraße 23, 37073 Göttingen
Deutsche Bank AG, Zentrale Auskunft, 20079 Hamburg
Bisnode Deutschland GmbH, Robert-Bosch-Straße 11, 64293 Darmstadt
KSV1870 Information GmbH, Wagenseilgasse 7, 1120 Wien, Österreich

Auch im Bereich der **Technischen Versicherungen** holen wir bei Großrisiken Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Nutzung von Anschriftdaten über die Creditreform Wiesbaden Hoffmann KG, Adolfsallee 34, 65185 Wiesbaden ein.

Falls Sie Auskunft über Ihre personenbezogenen Daten wünschen, die die Auskunft gespeichert hat, wenden Sie sich bitte direkt an die beauftragte Auskunft.

12. Welche Rechte haben Sie bei einer automatisierten Einzelfallentscheidung?

Als Versicherer sind wir befugt, in bestimmten Fallgruppen (z. B. bei einer Entscheidung zum Abschluss oder der Erfüllung eines Vertrags oder bei einer Entscheidung auf Grundlage verbindlicher Entgeltregelungen für Heilbehandlungen wie der GOÄ) Ihre personenbezogenen Daten (auch Ihre Gesundheitsdaten) einer sogenannten "automatisierten Einzelfallentscheidung" zugrunde zu legen. Dies bedeutet, dass wir in bestimmten Fällen Ihre personenbezogenen Daten im Rahmen eines Algorithmus berücksichtigen, der auf einem anerkannten mathematisch-statistischen Verfahren beruht.

Falls wir Ihrem Antrag auf Versicherungsleistung oder von **Schadenersatz** vollumfänglich oder teilweise nicht nachkommen sollten, haben Sie folgende Rechte:

- Recht auf Erwirkung des Eingreifens einer Person durch uns als Verantwortlichen,
- Darlegung des eigenen Standpunkts und
- Recht auf Anfechtung der Entscheidung.

Über diese Rechte informieren wir Sie ausdrücklich, wenn wir Ihren Antrag ganz oder teilweise ablehnen müssen und keine Versicherungsleistung oder Schadenersatz gewähren können.

13. Beschwerderecht

Sie haben ein Beschwerderecht bei einer zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde, siehe Artikel 77 Datenschutzverordnung.