

Tarif CEJ

Allgemeine Versicherungsbedingungen des Tarifs CEJ für die Versicherung der Kosten ambulanter und stationärer Behandlungen sowie zahnärztlicher Leistungen für gesetzlich krankenversicherte Kinder und Jugendliche

Stand: 01.07.2018

A) Allgemeine Bestimmungen

I. Der Versicherungsschutz

1. Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- a) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen.
- b) Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer die unter Abschnitt B vereinbarten Leistungen.
- c) 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
 - ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen nach Abschnitt B I 2,
 - Kosten für Begleitpersonen im Krankenhaus nach Abschnitt B III 2,
 - Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung und Fissurenversiegelung nach Abschnitt B IV 1,
 - Überführungs- oder Bestattungskosten nach Abschnitt B V 1 c) und
 - Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland nach Abschnitt B V 1 d).
- d) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie den gesetzlichen Vorschriften.
- e) Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- f) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber Abschnitt A III 3 c)). Für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz für den Zeitraum, in dem die versicherte Person nicht transportfähig ist.
Die Sätze 3 und 4 gelten nicht für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten nach Abschnitt B V.
- g) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder in die Schweiz, setzt sich das Versicherungsverhältnis in der Weise fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

2. Personenkreis

Aufnahmefähig sind alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden versicherungsfähigen Personen bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die Person das 18. Lebensjahr vollendet.

Versicherungsfähig sind Personen, die Anspruch auf Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) V haben, bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die Person das 20. Lebensjahr vollendet.

3. Beginn des Versicherungsschutzes

- a) 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 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.
- b) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tag der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend zum Ersten des Geburtsmonats erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
Für Neugeborene, die ab Geburt mitversichert werden, besteht ab Geburt Versicherungsschutz auch für alle vor Vollendung der Geburt entstandenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, Behinderungen, Gebrechen, Geburtsschäden, Anomalien, angeborenen Krankheiten und Erbkrankheiten.
- c) 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 Zuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

4. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an.

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu bzw. anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

5. Wartezeiten

- a) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- b) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
- c) Die besonderen Wartezeiten betragen für Kieferorthopädie acht Monate.
- d) Die Wartezeiten entfallen für den Versicherungsschutz bei Auslandsaufenthalten nach Abschnitt B V und bei nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfällen.
- e) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

6. Vertragsdauer

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungs- gemäß gekündigt wird oder das Versicherungsverhältnis nicht nach Abschnitt A III 3 endet.

7. Umfang der Leistungspflicht

- a) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus Abschnitt B und das Optionsrecht aus Abschnitt C dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen.
- b) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten sowie Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei. Darüber hinaus steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) nach § 95 SGB V (siehe Anhang) tätig sind. Zudem steht der versicherten Person auch die Wahl unter den approbierten liquidationsberechtigten Ärzten und Zahnärzten frei, die jeweils in Krankenhaus- oder Hochschulambulanzen tätig sind.
- c) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Buchstabe b) genannten Leistungserbringern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Als Apotheke gelten auch Internet- und Versandapotheken, die eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in der Europäischen Union haben.
- d) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, auf die das Krankenhausentgeltrecht (Bundespfllegesatzverordnung, Krankenhausentgeltgesetz und Krankenhausfinanzierungsgesetz) Anwendung findet. In Erweiterung des Satzes 1 hat die versicherte Person während Auslandsaufenthalten die freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern. Die Krankenhäuser müssen unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- e) 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 erfolgversprechend 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.
- f) Wird eine Leistung der GKV auf einen bei ihr bestehenden Selbstbehalt angerechnet, werden diese Erstattungsansprüche als fiktive Leistung der GKV anerkannt. Die Anrechnung der Erstattungsansprüche auf den Selbstbehalt gilt somit als Vorleistung der GKV.
- g) Bestehen Ansprüche auf Erstattung der Leistungen gegenüber der GKV sowie anderen Erstattungsverpflichteten, ist der Versicherer im Rahmen des tariflichen Leistungsumfanges ausschließlich für darüber hinausgehende Aufwendungen leistungspflichtig.
- h) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,- Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer 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.

- i) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder 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 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.

8. Einschränkung der Leistungspflicht

- a) Keine Leistungspflicht besteht für
 - aa) solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind.

Als Kriegsereignisse gelten auch Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen. Im Ausland gilt die Leistungseinschränkung für Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse und innere Unruhen nur dann, wenn das Auswärtige Amt für das betroffene Land vor Beginn des Auslandsaufenthaltes eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst während des Auslandsaufenthaltes ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Gebiet möglich ist. Terroristische Anschläge und deren Folgen zählen nicht zu den Kriegsereignissen;
 - ab) auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - ac) 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. Dies gilt auch für Behandlungen in einem MVZ sowie in einer Krankenhaus- oder Hochschulambulanz;
 - ad) Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger;
 - ae) Behandlungen durch Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - af) eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

- b) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, 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.
- c) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, ist der Versicherer, unabhängig von Ansprüchen des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- d) Sofern der Anspruch auf Leistungen der GKV nach § 16 Abs. 3 a SGB V (siehe Anhang) ruht, besteht keine Leistungspflicht.
- e) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles Ansprüche gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

9. Auszahlung der Versicherungsleistungen

- a) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn der Versicherungsnehmer die vom Versicherer geforderten Nachweise und Leistungsunterlagen erbracht hat; diese werden Eigentum des Versicherers.
Die entstandenen Aufwendungen sind durch Original- oder Duplikatrechnungen mit einem Original-Vorleistungsvermerk der GKV bzw. anderer gegebenenfalls vorleistungspflichtiger Erstattungsverpflichteter nachzuweisen. Aus dem Original-Vorleistungsvermerk muss die Höhe dieser Vorleistung hervorgehen.
Sofern auf eine Vorleistung der GKV abgestellt wird und die GKV keine Leistung erbringt, muss dies auf den Original-Rechnungsbelegen durch die GKV bestätigt sein.
Erläuterungen zu den geforderten Nachweisen und Leistungsunterlagen nach Satz 1:
 - Die Rechnungsbelege müssen den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, die Behandlungstage und die Honorare für die einzelnen Behandlungen enthalten.
 - Arzneimittelrechnungen von in der Bundesrepublik Deutschland bezogenen Arzneimitteln müssen darüber hinaus insbesondere das Apothekenkennzeichen und die Pharmazentralnummern (PZN) enthalten. Werden Arzneimittel aus einer Internet- oder Versandapotheke bezogen, ist neben der Arzneimittelrechnung der dazugehörige Zahlungsbeleg einzureichen.
 - Bei Meldung einer ambulanten Operation oder stationären Heilbehandlung infolge eines Unfalls übersendet der Versicherer ein Unfall-Formular. Für die unverzügliche Prüfung der Leistungspflicht des Versicherers ist die Rücksendung des vollständig ausgefüllten Unfall-Formulars sowie eventuell weiterer vom Versicherer benannter Unterlagen erforderlich.
 - Zum Nachweis des notwendigen stationären Krankenhausaufenthalts ist eine Bescheinigung des Krankenhausarztes über Beginn und Ende der stationären Behandlung mit Bezeichnung der Diagnose einzureichen. Der Versicherungsnehmer muss den Nachweis über die Art der Unterkunft führen. Bei Wahl eines anderen als in der Einweisung genannten Krankenhauses sind die Mehrkosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen des gewählten Krankenhauses nachzuweisen.

- Zum Nachweis der notwendigen Mitaufnahme einer Begleitperson im Krankenhaus ist eine Bescheinigung über die Dauer der Unterbringung der Begleitperson, die Diagnose der stationär aufgenommenen versicherten Person, den Namen des behandelnden Arztes sowie die Kosten für Unterkunft und Verpflegung einzureichen.
- Bei kieferorthopädischer Behandlung ist dem Versicherer der vom behandelnden Kieferorthopäden erstellte Heil- und Kostenplan einzureichen. Bei Zahnbehandlungen müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der an diesen Zähnen vorgenommenen Behandlungen enthalten.
- Bei Heilbehandlungskosten, die während des Auslandsaufenthaltes entstehen, müssen aus den Rezepten das verordnete Arzneimittel, der Preis und der Quittungsvermerk deutlich hervorgehen. Werden Arzneimittel aus einer Internet- oder Versandapotheke bezogen, ist neben der Arzneimittelrechnung der dazugehörige Zahlungsbeleg einzureichen. Bei Zahnbehandlungen im Ausland müssen die Belege die Bezeichnung der behandelten Zähne und der an diesen Zähnen vorgenommenen Behandlungen enthalten.

Der Versicherer behält sich im Einzelfall vor, zur Prüfung der Leistungspflicht weitere erforderliche Nachweise und Leistungsunterlagen zu verlangen.

- b) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- c) 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.
- d) Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten im Zusammenhang mit dem Versicherungsfall werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen 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, es wird durch Bankbelege nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.

- e) Die Mehrkosten, die dadurch entstehen, dass der Versicherer Überweisungen in das Ausland vornimmt oder auf Verlangen des Versicherungsnehmers besondere Überweisungsformen wählt sowie die Kosten für notwendige Übersetzungen, können von den Versicherungsleistungen abgezogen werden.
- f) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.
- g) Die Kostenerstattungen des Versicherers werden dem Kalenderjahr zugerechnet, in dem die erstattungsfähigen Leistungen erbracht bzw. Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie Brillen oder Kontaktlinsen bezogen werden.

10. Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses nach diesem Tarif.

II. Pflichten des Versicherungsnehmers

1. Beitragszahlung

- a) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. vom Versicherer zurückzuzahlen.
- b) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.
- c) Für Neugeborene, die nach Abschnitt A I 3 b) ab Geburt mitversichert werden, sind die monatlichen Beitragsraten erst von dem auf die Geburt folgenden Monat an zu zahlen.
- d) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tag der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind. Die Mahnkosten betragen je rückständige monatliche Beitragsrate 0,50 Euro.
- e) Die 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, ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus Buchstabe d) ergibt.
- f) 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 Abs. 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.
- g) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

2. Beitragsberechnung

Die Beiträge werden nach Art der Schadenversicherung berechnet und sind in den Technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt; eine Alterungsrückstellung wird nicht gebildet.

3. Beitragsanpassung

- a) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ändern. Um eine dauerhafte Erfüllbarkeit der Versicherungsverträge zu gewährleisten, vergleicht der Versicherer dementsprechend zumindest jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, werden die Beiträge vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

- b) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- c) Beitragsanpassungen nach Buchstabe a) werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

4. Obliegenheiten

- a) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- b) 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.
- c) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- d) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- e) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

5. Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- a) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in Abschnitt A II 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- b) Wird die in Abschnitt A II 4 Buchstabe e) genannte Obliegenheit verletzt, kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- c) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

6. Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- a) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges nach § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.
- b) 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.
- c) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Buchstaben a) und b) 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 Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- d) 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 Buchstaben a) bis c) entsprechend anzuwenden.

7. Aufrechnung

Ein Mitglied eines Versicherungsvereins kann gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht nicht aufrechnen. Gegen Forderungen des Versicherers kann der Versicherungsnehmer nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

8. Überschussverwendung

Die Möglichkeiten der Überschussverwendung (z.B. Limitierung von Beitragserhöhungen) sind in der Satzung geregelt.

III. Ende der Versicherung

1. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- a) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von zwei Versicherungsjahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- b) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen beschränkt werden.
- c) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel (vgl. Abschnitt A II 3 a)) oder vermindert er seine Leistungen nach Abschnitt A IV 3 a), kann der Versicherungsnehmer das insoweit betroffene Versicherungsverhältnis innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- d) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis, ist die Kündigung nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben. Die versicherten Personen haben das Recht – sofern diese die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllen – das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung muss dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigung zugegangen sein.

2. Kündigung durch den Versicherer

- a) Der Versicherer verzichtet auf das ihm nach § 206 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) zustehende ordentliche Kündigungsrecht.
- b) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung bleibt unberührt.

3. Ende des Versicherungsverhältnisses

- a) Das Versicherungsverhältnis nach diesem Tarif endet
 - mit dem Ausscheiden der versicherten Person aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung;
 - mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet (vgl. auch Abschnitt A I 2 Satz 2);
 - mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht – sofern diese die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllen – das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung muss dem Versicherer innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers zugegangen sein.
- b) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- c) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in Abschnitt A I 1 g) genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen.

IV. Sonstige Bestimmungen

1. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

2. Gerichtsstand

- a) 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.
- b) 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.
- c) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat 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.

3. Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- a) 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. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- b) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstgerichtliche 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.

B) Leistungen des Versicherers

I. Kosten ambulanter Heilbehandlungen

1. Brillen oder Kontaktlinsen

Die Kosten für ärztlich verordnete Brillen (einschließlich Brillengläser) oder Kontaktlinsen werden je Kalenderjahr und je versicherte Person mit 100 % bis zu insgesamt 50,- Euro erstattet.

2. Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen

Die Kosten für ambulante Vorsorgeuntersuchungen und Impfstoffe für Schutzimpfungen, die

– von der Ständigen Impfkommision (STIKO) als Standard- bzw. Reiseschutzimpfung empfohlen oder

– von Ärzten als Reiseschutzimpfung verordnet werden,

werden mit 100 % bis zu insgesamt 150,- Euro je Kalenderjahr und je versicherte Person erstattet.

Die erstattungsfähigen ambulanten Vorsorgeuntersuchungen sind in der anhängenden Liste der Vorsorgeuntersuchungen aufgeführt.

3. Naturheilverfahren

a) Naturheilverfahren umfassen sämtliche Verrichtungen des Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker in der von den Heilpraktikerverbänden der Bundesrepublik Deutschland herausgegebenen jeweils gültigen Fassung (GebüH) und darüber hinaus sonstige bewährte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, soweit sie sich aus dem Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren (siehe Anhang) ergeben.

Erstattungsfähig sind die Kosten bis zu den Mindestsätzen des jeweils gültigen GebüH bzw. bis zu den Mindestsätzen der im Leistungsverzeichnis Naturheilverfahren genannten Gebührensätze und Höchstleistungsbeträgen zu 100 %. Die Leistungen der GKV werden vom erstattungsfähigen Betrag abgezogen.

Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, beträgt die tarifliche Leistung 50 % der erstattungsfähigen Kosten.

b) Erstattungsfähig sind alle im Rahmen von Naturheilverfahren verordneten Medikamente zu 100 %. Die Leistungen der GKV werden vom erstattungsfähigen Betrag abgezogen.

Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, beträgt die tarifliche Leistung 50 % der erstattungsfähigen Kosten.

Die Kosten für alle im Rahmen von Naturheilverfahren verordneten Medikamente werden bis zu 100,- Euro je Kalenderjahr und je versicherte Person erstattet.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische und psychiatrische Leistungen.

II. Kosten stationärer Heilbehandlungen in Deutschland infolge eines Unfalles

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführenden Kosten für stationäre Heilbehandlung in der Bundesrepublik Deutschland.

– Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Vergiftungen durch plötzlich ausströmende gasförmige Stoffe gelten als Unfall, wenn die versicherte Person unbewusst oder unentrinnbar den Einwirkungen bis zu mehreren Stunden lang ausgesetzt war.

- 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.

Die sportliche Betätigung in den vom Deutschen Olympischen Sportbund anerkannten Sportarten gilt auch als erhöhte Kraftanstrengung. Dies gilt jedoch nicht für Boxen und andere Kampfsportarten (vgl. Abschnitt B II 2 g)).

Besteht für die versicherte Person gegenüber dem Versicherer aus weiteren Krankheitskostenversicherungen ein Anspruch auf Leistungen entsprechend den Leistungen nach den Buchstaben a) und b), zahlt der Versicherer für den Versicherungsfall aus diesem Tarif ein Ersatz-Krankenhaustagegeld nach Buchstabe c) Satz 1 und erstattet die gesetzlichen Zuzahlungen nach Buchstabe e).

Aufwendungen für stationäre psychotherapeutische und stationäre psychiatrische Leistungen sowie Anschlussrehabilitationen/Anschlussheilbehandlungen sind nicht erstattungsfähig.

a) Gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer

Erstattet werden die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer. Die Kosten für die gesondert berechnete Unterkunft sind die Kosten der Unterkunft, die als Wahlleistung im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes gesondert berechnet worden sind.

b) Privatärztliche Behandlung

Erstattet werden die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen (privatärztliche Behandlung) im Rahmen der voll- und teilstationären Krankenhausbehandlung sowie der vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung im Sinne des § 115 a SGB V (siehe Anhang). Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen nach Satz 1 sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

c) Ersatz-Krankenhaustagegeld

Gezahlt wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld von 50,- Euro je Tag des vollstationären Krankenhausaufenthaltes.

Das Ersatz-Krankenhaustagegeld nach Satz 1 wird nur gezahlt, wenn für die versicherte Person Anspruch auf Versicherungsschutz für die gesondert berechnete Unterkunft (Ein- oder Zwei-Bett-Zimmer) nach Buchstabe a) und privatärztliche Behandlung nach Buchstabe b) besteht und auf diese Ansprüche verzichtet wird. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationär.

d) Ambulante Operationen im Krankenhaus

Erstattet werden die Kosten für ambulante Operationen im Krankenhaus. Die Kosten für ambulante Operationen und für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen werden erstattet, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen.

Erstattungsfähig sind nur die Kosten für ambulante Operationen von im Krankenhaus angestellten Ärzten und von Belegärzten im Krankenhaus.

Die erstattungsfähigen ambulanten Operationen ergeben sich aus dem nach § 115 b SGB V (siehe Anhang) erstellten Katalog. Darüber hinaus sind auch ambulante Operationen, die mit den im Katalog aufgeführten Operationen vergleichbar sind, mitversichert.

Die Kosten für gesondert berechnete ärztliche Leistungen bei ambulanten Operationen im Krankenhaus (privatärztliche Leistungen) sind im Rahmen der jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte erstattungsfähig. Damit sind auch die Kosten aufgrund rechtswirksamer Honorarvereinbarungen, mit denen die jeweiligen Höchstsätze überschritten werden, erstattungsfähig.

e) Gesetzliche Zuzahlungen

Erstattet werden

- die nach § 39 Abs. 4 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen je Tag eines vollstationären Krankenhausaufenthaltes und
- die nach § 60 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang) vorgesehenen Zuzahlungen zu Fahrkosten.

f) Leistungspauschale bei mindestens fünftägigem stationären Aufenthalt

Gezahlt wird eine Leistungspauschale von 150,- Euro je Versicherungsfall bei einem stationären Aufenthalt. Der stationäre Aufenthalt muss mindestens fünf aufeinanderfolgende vollstationäre Tage umfassen. Aufnahme- und Entlassungstag gelten jeweils als vollstationär.

Für die Leistungspauschale entfällt die Einschränkung der Leistungspflicht nach Abschnitt B II 2.

2. Einschränkung der Leistungspflicht

In Erweiterung von Abschnitt A I 8 besteht kein Versicherungsschutz für folgende Unfälle:

- a) Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit oder Rauschmittelkonsum beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht wurden. In den Versicherungsschutz sind Unfälle infolge von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen eingeschlossen, bei denen zum Unfallzeitpunkt der Blutalkoholgehalt
 - beim Lenken von Kraftfahrzeugen unter 1,1 Promille (Grenze der absoluten Fahrtüchtigkeit) liegt. Der Versicherer hat das Recht, den Promillewert anzupassen, wenn durch ein höchstrichterliches Urteil eine Neufestlegung erfolgt,
 - bei allen sonstigen Fällen unter 1,5 Promille liegt.
- b) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder auszuführen versucht.
- c) Unfälle der versicherten Person
 - als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeugs;
 - bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeugs auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
 - bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.
- d) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
- e) Unfälle der versicherten Person, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

- f) Unfälle der versicherten Person in Ausübung von Sportarten, die
 - als Berufs-, Vertrags-, Lizenz- oder sonstiger profifähnlicher Sportler oder
 - im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit, mit der überwiegend (mindestens zu 50 %) das Einkommen erzielt wird, betrieben werden.
- g) Unfälle der versicherten Person in Ausübung von risikoreichen Sportarten (z.B. Bungee-Jumping, Skysurfing, Paragliding, Drachenfliegen, Canyoning, Freeclimbing, Boksen und andere Kampfsportarten).
- h) Unfälle der versicherten Person in Ausübung von folgenden beruflichen Tätigkeiten: Artisten, Dompteure, Tierbändiger und -pfleger, Brückenbauer, Munitions- und Räumtrupps, Sprengmeister, Berufstaucher, Rennreiter, Untertage Tätige, Fallschirmsportlehrer sowie Stuntmen.

In Erweiterung von Abschnitt A I 8 sind folgende Beeinträchtigungen ausgeschlossen:

- i) Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Abschnitt B II 1 erster Spiegelstrich Satz 1 die überwiegende Ursache ist.
- j) Bauch- und Unterleibsbrüche. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.
- k) Gesundheitsschäden durch Strahlen.
- l) Gesundheitsschäden durch
 - medizinische oder sonstige Eingriffe am Körper der versicherten Person;
 - Heilmaßnahmen.Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die medizinischen Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst wurden.
- m) Infektionen, die während der unfallbedingten Krankenhausbehandlung entstehen und diesen Krankenhausaufenthalt verlängern, sind jedoch versichert. Ein erneuter Krankenhausaufenthalt zur Behandlung dieser Infektion ist nicht versichert.

III. Kosten für sonstige stationäre Leistungen in Deutschland

1. Mehrkosten für Krankenhausleistungen

Erstattet werden die Mehrkosten für Krankenhausleistungen nach § 39 Abs. 2 SGB V (siehe Anhang), die durch die Wahl eines anderen als in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses entstehen, soweit sie die Leistungen der GKV übersteigen. Das gewählte Krankenhaus muss in der Bundesrepublik Deutschland liegen. Wenn die GKV nachweislich keine Leistung erbringt, entfällt eine Erstattung nach diesem Tarif.

Krankenhausleistungen umfassen die allgemeinen Krankenhausleistungen im Sinne der Bundespflegesatzverordnung bzw. des Krankenhausentgeltgesetzes.

2. Begleitperson im Krankenhaus (Rooming-in)

Erstattungsfähig sind die Kosten für Unterbringung und Verpflegung einer notwendigen Mitaufnahme einer Begleitperson, wenn diese neben der nach diesem Tarif versicherten Person, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, begleitend vollstationär in einem Krankenhaus aufgenommen wird und hierfür kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht. Das Krankenhaus muss in der Bundesrepublik Deutschland liegen.

IV. Kosten zahnärztlicher Leistungen

Die zahnärztlichen und kieferorthopädischen Maßnahmen dürfen nur von Zahnärzten bzw. Kieferorthopäden mit einer Kassenzulassung nach § 95 SGB V (siehe Anhang) durchgeführt werden.

Die Kosten für Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung und Fissurenversiegelung nach Nr. 1 sowie für Kieferorthopädie nach Nr. 2 werden nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen für Zahnärzte (GOZ) und Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgelegten Höchstsätzen erstattet.

1. Zahnprophylaxe / Professionelle Zahnreinigung (PZR) und Fissurenversiegelung

Erstattet werden die Kosten für Maßnahmen zur Zahnprophylaxe / PZR und Fissurenversiegelung mit 100 % bis zu insgesamt 50,- Euro je Kalenderjahr und je versicherte Person.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Dazu zählen die Erstellung eines Mundhygienestatus sowie die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustandes, die Kontrolle des Übungserfolges, die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne, die Beseitigung von harten und weichen Zahnbelägen einschließlich Reinigung der Zahnzwischenräume, das Entfernen des Biofilms, die Oberflächenpolitur sowie die Behandlung, Fluoridierung und Versiegelung von überempfindlichen Zahnflächen. Die Fissurenversiegelung ist nur für die Zähne erstattungsfähig, für die dem Grunde nach kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht.

2. Kieferorthopädie

Die Kosten für Kieferorthopädie werden je versicherte Person und je Versicherungsfall wie folgt erstattet:

- a) 100 %, wenn die GKV für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung nachweislich keine Leistungen erbringt oder
- b) 100 % für zusätzliche kieferorthopädische Leistungen (sogenannte Mehrleistungen) für die kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht – vorausgesetzt, dass diese in unmittelbarem Zusammenhang mit einer kieferorthopädischen Behandlung erbracht werden, für die die GKV nachweislich Leistungen erbringt.

Die Kosten für Kieferorthopädie werden ab Versicherungsbeginn nach diesem Tarif je versicherte Person und je Versicherungsfall auf folgende maximale Erstattungsbeträge begrenzt:

- Bei Beginn des Versicherungsfalles in den ersten beiden Kalenderjahren bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 400,- Euro
- Bei Beginn des Versicherungsfalles im dritten oder vierten Kalenderjahr bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 800,- Euro
- Bei Beginn des Versicherungsfalles im fünften oder sechsten Kalenderjahr bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 1.200,- Euro
- Bei Beginn des Versicherungsfalles ab dem siebten Kalenderjahr bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000,- Euro

Das erste Kalenderjahr endet zum Ende des Jahres, in dem die Versicherung nach diesem Tarif für die versicherte Person beginnt.

Für einen Versicherungsfall infolge eines nach Versicherungsbeginn nach diesem Tarif eintretenden Unfalles werden die Kosten für Kieferorthopädie unabhängig von der voranstehenden Leistungsstaffel bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 2.000,- Euro erstattet.

Die Kosten werden erst nach Vorlage des vom behandelnden Kieferorthopäden für den jeweiligen Versicherungsfall erstellten Heil- und Kostenplanes erstattet.

Schließt eine versicherte Person eine kieferorthopädische Behandlung, für die die GKV leistet, nicht in dem durch den Behandlungsplan bestimmten medizinisch erforderlichen Umfang ab, muss sie nach § 29 Abs. 2 und 3 SGB V (siehe Anhang) einen Eigenanteil tragen. Dieser Eigenanteil wird nicht nach diesem Tarif erstattet.

V. Kosten bei Auslandsaufenthalten

1. Leistungsumfang

Erstattet werden die während eines Auslandsaufenthaltes entstehenden

a) Kosten für medizinisch notwendige Heilbehandlung für:

- ambulante ärztliche Heilbehandlung (nicht für Behandlung durch Heilpraktiker), einschließlich Röntgendiagnostik;
- Arznei-, Verband- und Heilmittel aufgrund ärztlicher Verordnung außer Massagen, Bäder und medizinische Packungen.

Als Arzneimittel gelten nicht, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten: Badezusätze, kosmetische Mittel (auch zur Behandlung des Haar- ausfalles), Desinfektionsmittel, Vitamine, Nähr- und Stärkungsmittel, Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und zur Gewichtsreduktion, Weine, Mineral- wasser, Mineralstoffpräparate u.ä.

Präparate und Mittel für die enterale Ernährung (Sondennahrung) und parenterale Ernährung sind erstattungsfähig, wenn eine Nahrungsaufnahme auf natürlichem Weg aufgrund medizinischer Indikation nicht möglich ist;

- schmerzstillende Zahnbehandlungen und Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Zahnersatz, nicht aber Neuanfertigung von Zahnersatz einschließlich Kronen und Kieferorthopädie;
- stationäre Heilbehandlung einschließlich Operationen und Operationsnebenkosten. Ist die versicherte Person transportfähig und anschließend eine stationäre Heil- behandlung nach ärztlichem Befund von mehr als drei Wochen erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransportes übernommen.

Anstelle des Kostenersatzes für eine vollstationäre Heilbehandlung kann ein Kran- kenhaustagegeld von 25,- Euro gewählt werden. Es wird für jeden vollen Tag des Krankenhausaufenthaltes gezahlt.

Bei Kindern bis zu 14 Jahren übernimmt der Versicherer die Kosten der Unterkunft einer nahe stehenden Person; für Kinder von 9 bis 14 Jahren nur, wenn die Unter- kunft der nahe stehenden Person medizinisch notwendig ist;

- den Transport zur stationären Behandlung mit einem speziellen Krankenfahrzeug (Land-, Luft- und Wasserfahrzeuge) in das nächsterreichbare, für die Heilbehand- lung nach medizinischen Kriterien geeignete Krankenhaus.

b) Rücktransportkosten

Rücktransportkosten sind die Kosten, die durch den medizinisch notwendigen Rück- transport einer erkrankten Person in die Bundesrepublik Deutschland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbildes oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung im Ausland nicht durchgeführt werden kann und eine anschließende stationäre Heilbehandlung vorgenommen wird. Die Kosten für eine Begleitperson wer- den erstattet, sofern diese Begleitung medizinisch notwendig war bzw. von den zu- ständigen Behörden oder der Fluggesellschaft angeordnet wurde.

c) Überführungs- oder Bestattungskosten

Überführungskosten sind die Kosten, die im Todesfall eines Versicherten während des Auslandsaufenthaltes durch Überführung in die Bundesrepublik Deutschland oder durch die Bestattung am Sterbeort entstehen, bis zu 10.000,- Euro je versicherte Person; dies sind ausschließlich die Transportkosten und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

d) Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland

Kosten bei einer Rettung von Unfallverletzten im Ausland sind die in Verbindung mit unmittelbarer ärztlicher Hilfe entstehenden Kosten zur Rettung von Unfallverletzten bis zu einer Höhe von 2.500,- Euro je versicherte Person.

2. Dauer des Versicherungsschutzes

Abweichend von Abschnitt A I 1 f) besteht der Versicherungsschutz für alle vorübergehenden, die Dauer von 42 Tagen nicht überschreitenden Auslandsaufenthalte, die von der versicherten Person nach Versicherungsbeginn angetreten werden. Bei einem Auslandsaufenthalt über einen Zeitraum von 42 Tagen hinaus besteht Versicherungsschutz nur für die ersten 42 Tage des Auslandsaufenthaltes.

Ist die Rückreise bis zum Ende des vereinbarten Zeitraumes ohne Gefährdung der Gesundheit der versicherten Person (Transportunfähigkeit) nicht möglich, verlängert sich – abweichend von Abschnitt A I 1 f) – der Versicherungsschutz bis zum Wegfall der Transportunfähigkeit. Ist zu diesem Zeitpunkt eine medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung über einen Zeitraum von zwei Wochen hinaus erforderlich, werden die Kosten eines vom Versicherer veranlassten Rücktransportes übernommen. Findet der Rücktransport nicht statt, werden die Kosten einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung bis zu zwei Wochen übernommen.

Die die Transportunfähigkeit verursachende Erkrankung ist dem Versicherer unverzüglich in Textform – mit einer die Diagnose und die Begründung der Transportunfähigkeit enthaltenden ärztlichen Bescheinigung – anzuzeigen. Bei Verstoß gegen diese sich aus Abschnitt A II 4 b) ergebende Anzeigepflicht kann der Versicherer die Leistungen mit der in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) genannten Einschränkung ablehnen (vgl. Abschnitt A II 5 a)).

Für Auslandsaufenthalte, die in dem Kalenderjahr beginnen, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet, besteht – abweichend zu Abschnitt A I 10 – über das Kalenderjahr hinaus Versicherungsschutz, längstens insgesamt für die ersten 42 Tage dieses Auslandsaufenthaltes.

3. Einschränkung der Leistungspflicht

Keine Leistungspflicht besteht für

- a) Behandlungen, von denen bei Reiseantritt bekannt war, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden mussten, es sei denn, dass die Reise wegen des Todes des Ehegatten bzw. des eingetragenen Lebenspartners nach dem LPartG oder eines Verwandten ersten Grades unternommen wurde;
- b) Krankheiten und deren Folgen sowie für Unfallfolgen, zu deren Behandlung die Auslandsreise angetreten wird;
- c) Behandlung geistiger und seelischer Störungen und Erkrankungen sowie für Psychotherapie;
- d) Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, Entbindung und Schwangerschaftsabbruch sowie deren Folgen. Kostenersatz wird aber insoweit geleistet, als ärztliche Hilfe im Aufenthaltsland bei akut auftretenden Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Fehlgeburt notwendig ist;

- e) Maßnahmen bei Sterilität oder Infertilität einschließlich künstlicher Befruchtung;
- f) Hilfsmittel (z.B. Brillen, Kontaktlinsen, Einlagen usw.), mit Ausnahme von Gehstützen und Liegeschalen, die wegen akuter Erkrankungen oder unfallbedingt erforderlich sind;
- g) Behandlungen, die bei der aktiven Teilnahme von Berufssportlern an sportlichen oder sonstigen Wettkämpfen oder deren Vorbereitungen notwendig werden.

4. Geltungsbereich

Geltungsbereich für diesen Versicherungsschutz ist das Ausland. Als Ausland gelten alle Länder außer demjenigen, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz hat. Die Bundesrepublik Deutschland gilt als Inland.

C) Optionsrecht auf Wechsel in Ergänzungstarife für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung

Für die versicherte Person besteht das Recht, unter Berücksichtigung der nachfolgenden Regelungen ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten in einen für das Neugeschäft geöffneten ambulanten Ergänzungstarif ohne Kostenerstattung für privatärztliche Behandlungen bzw. in einen Zahnergänzungstarif zu wechseln.

Für die versicherte Person kann dieses Recht nur mit Versicherungsbeginn zum 1.1. des Jahres ausgeübt werden, das dem Kalenderjahr folgt, in dem die versicherte Person das 20. Lebensjahr vollendet (vgl. auch Abschnitt A I 2 Satz 2). Der Wechsel ist vor diesem Zeitpunkt vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen.

Im Übrigen gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Tarifbedingungen des Tarifs, in den der Wechsel erfolgt.

Liste der Vorsorgeuntersuchungen, die nach Abschnitt B I 2 erstattungsfähig sind:

- Früherkennungs-Untersuchung U6a im 15. bis 18. Lebensmonat
- Untersuchung zur Früherkennung von Schwachsichtigkeit und Schielen im Kleinkind- und Vorschulalter durch instrumentelle Untersuchung („Schiel-Vorsorge“)
- Früherkennungs-Untersuchung U9a im 8. Lebensjahr
- Früherkennungs-Untersuchung U9b im 10. Lebensjahr
- Früherkennungs-Untersuchung J2 im 14. bis 17. Lebensjahr
- Großer Gesundheits-Check: Untersuchungen mit
 1. Anamnese
Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils
 2. Klinische Untersuchung
Untersuchung zur Erhebung des vollständigen Status (Ganzkörperstatus)
ggf. einschließlich Belastungs-EKG, Lungenfunktionsprüfung, Ultraschalluntersuchung sowie Untersuchung verschiedener Blut- und Stoffwechselwerte
- Lungenfunktionstest
- Schilddrüsen-Vorsorgeuntersuchung mittels Bestimmung des schilddrüsenstimulierenden Hormons (TSH) und Ultraschalluntersuchung des Organs
- Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung, einschließlich Dermatoskopie
- Sonographische Untersuchung auf Vitalität des Fötus in der 6. bis 8. Schwangerschaftswoche
- Triple-Test zur Risikoabschätzung eines Morbus Down oder Neuralrohrdefektes des Fötus auf Wunsch der Schwangeren außerhalb der GKV-Leistungspflicht