

Tarif uni-Top|Privat (uni-TP) für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung

(mit geschlechtsunabhängig erhobenen Beiträgen)

Teil III Tarife: Nur gültig in Verbindung mit Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a.G.

I Leistungen des Versicherers

1 Erstattungsfähige Aufwendungen

Der Versicherer erstattet im tariflichen Umfang die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Behandlung von körperlichen, psychischen und psychosomatischen Krankheiten und Unfallfolgen, ebenso für die Behandlung in der Schwangerschaft einschließlich der Entbindung sowie für Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten.

1.1 Selbstbeteiligung

Von der sich gemäß Ziffer I ergebenden Versicherungsleistung wird eine Selbstbeteiligung abgezogen. Diese beträgt in der Tarifstufe uni-Top|Privat 300 pro versicherte Person und Kalenderjahr 300 EUR. Die Selbstbeteiligung verringert sich für Kinder/Jugendliche bis einschließlich dem Kalenderjahr (vgl. Ziff. III.2), das vor Vollendung des 21. Lebensjahres liegt, um die Hälfte.

Die Selbstbeteiligung fällt bei allen tariflichen Leistungen an, ausgenommen davon sind

- Vorsorgeleistungen gemäß Ziffer VII,
- Leistungen für Schutzimpfungen nach Ziffer I.1.2.1 k) 2. Spiegelstrich,

Nicht betroffen von der Selbstbeteiligung sind auch:

- die Leistungen für die garantierte Beitragsrückerstattung gemäß Ziffer II und
- die Beitragsbefreiung gemäß Ziffer IV

1.2 Ambulante Heilbehandlung, Entbindung und Vorsorge

1.2.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- a) ambulante Untersuchungen, Heilbehandlungen, Operationen und Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Ärzte (psychotherapeutische Behandlungen siehe Ziffer I.1.2.1 c)).

Hierzu gehören auch

- Labordiagnostik,
- bildgebende Verfahren (z. B. Röntgen, CT, MRT und Sonografie),
- technische Leistungen (z. B. EKG, EEG, EMG),
- Blutdialyse (künstliche Niere),
- Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare Arzt zurücklegen müsste,
- Strahlenbehandlungen (Röntgen, Radium, Isotopen),
- Untersuchungen und Heilbehandlungen im Rahmen der Alternativmedizin,
- ambulante Operationen (§ 115b SGB V) und ambulante Behandlungen im Krankenhaus (§ 39 SGB V).

- b) ambulante Untersuchungen und Heilbehandlungen mit Ausnahme von Psychotherapie durch Heilpraktiker. Die Erstattung aller Aufwendungen erfolgt zu 100 % und ist insgesamt auf 2.000 EUR je Kalenderjahr begrenzt.

- c) ambulante Psychoanalyse und Psychotherapie durch Ärzte oder approbierte psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die Erstattung der Aufwendungen erfolgt zu 100 % bis zur 20. Sitzung eines Kalenderjahres, ab der 21. Sitzung eines Kalenderjahres erfolgt die Erstattung zu 90 %.

- d) Arznei- und Verbandmittel.

Als Arzneimittel gelten auch Harn- und Blutteststreifen. Sofern im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen oder zur Vermeidung schwerer gesundheitlicher Schäden z. B. bei Enzymmangelkrank-

heiten, Morbus Crohn oder Mukoviszidose verordnet, sind auch Nähr- und Stärkungsmittel, insbesondere Nahrungsergänzung (wie Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente) und Mittel zur künstlichen Ernährung (enteral und parenteral) erstattungsfähig.

- e) Heilmittel.

Zu den Heilmitteln gehören insbesondere

- Inhalationen,
- Übungsbehandlungen (z. B. Krankengymnastik, medizinische Trainingstherapie),
- Osteopathie bei orthopädischen Erkrankungen,
- Massagen,
- Hydrotherapie, Packungen und medizinische Bäder,
- Kälte- und Wärmebehandlungen,
- Elektro- und Lichttherapie,
- andere physikalische Behandlungen,
- Stimm-, Sprech- und Sprachübungsbehandlungen (Logopädie),
- Ergotherapie,
- Hippotherapie,
- medizinische Fußpflege (Podologie),
- Ernährungstherapie,

einschließlich ärztlich verordneter medizinisch notwendiger Hausbesuche und der in diesem Zusammenhang anfallenden Fahrtkosten.

- f) Hilfsmittel (zu Sehhilfen siehe Ziffer I.1.2.1 g)), wenn sie aus medizinischer Sicht notwendig sind, um das Leben zu erhalten, den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine beeinträchtigte Körperfunktion zu ersetzen oder zu unterstützen, sofern es sich nicht um Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens handelt.

Zu den Hilfsmitteln gehören z. B.

- Blutzuckermessgeräte,
- Bruchbänder,
- Bandagen,
- Einlagen,
- Leibbinden,
- Kompressionsstrümpfe,
- Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung,
- orthopädische Schuhe,
- Hörhilfe (elektronisches Hörgerät),
- Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
- Körperersatzstücke (Prothesen),
- Krankenfahrstühle,
- elektronische Sprechhilfe nach Kehlkopfoperation,
- Blindenführhund (Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Anschaffung und Ausbildung bzw. Einarbeitung),
- Haarsersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstehenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Gehapparate (Rollator, Deltarad, Gehgestell),
- Gehstützen, Gehhilfen,
- Stützapparate einschließlich Liegeschalen,
- Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz,
- lebenserhaltende Hilfsmittel.

Anstelle der Anschaffungskosten sind auch die Kosten für die Miete bzw. Instandsetzung erstattungsfähig, soweit sie nicht höher als die Anschaffungskosten sind und sich durch die Miete bzw. Instandsetzung eine Anschaffung erübrigt. Die Höhe der Erstattungen für Instandsetzung ist auf die tarifliche Erstattung bei Neuanschaffung des zu reparierenden Geräts begrenzt. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch und für die Wartung von Hilfsmitteln.

Erstattungsfähig ist auch die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge.

g) Brillengläser, Brillengestelle und Kontaktlinsen (Sehhilfen).

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Sehhilfen (Brillengläser, Brillengestelle, Kontaktlinsen) sowie Aufwendungen für Reparaturen von Sehhilfen zu 100 %. Die Erstattung ist beschränkt auf einen Höchstbetrag von 600 EUR innerhalb von 24 Monaten. Ein erneuter Anspruch entsteht bereits vor Ablauf der 24 Monate bei einer Änderung der Sehstärke zumindest eines Auges.

Abweichend von § 4 Abs. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I sind Aufwendungen für Sehhilfen auch ohne ärztliche Verordnung erstattungsfähig. Voraussetzung ist, dass zuvor eine Refraktionsbestimmung durch einen Optiker durchgeführt wurde.

h) Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie, hierzu gehören z. B. LASIK-Operationen, Femto-LASIK-Behandlungen, LASEK/PRK-Operationen, Clear-Lens-Exchange) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen.

i) Krankenfahrten und -transporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt bzw. Heilpraktiker oder Krankenhaus, wenn der Hin- und/oder Rückweg aus medizinischen Gründen (z. B. wegen Gehunfähigkeit) nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder eigenem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt werden kann.

Über die medizinischen Gründe der Krankenfahrten und -transporte ist eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Bei eindeutigen Indikationen (z. B. bei Strahlen- oder Chemotherapie und bei Dialysebehandlung) kann in Absprache mit dem Versicherer darauf verzichtet werden. Bei Unfällen oder medizinischen Notfällen sowie bei Bestehen von Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist eine Bescheinigung nicht erforderlich.

Wird eine Entfernung von nicht mehr als 50 km zurückgelegt, gilt der aufgesuchte Arzt bzw. Heilpraktiker oder das gewählte Krankenhaus stets als nächstgelegenes im Sinne dieser Bedingungen.

j) Schwangerschaft, Entbindung, Sterilisation und Empfängnisverhütung.

Hierzu gehören:

- Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen und ärztliche Behandlungen in der Schwangerschaft.
- Geburtshilfe (auch Hausgeburten) durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger einschließlich einer entsprechend den Bestimmungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellten Betriebskostenpauschale bei Entbindung in einem Geburtshaus.
- Pränataldiagnostik bei Vorliegen von Risikofaktoren in der Schwangerschaft.
- Aufwendungen der Schwangeren für Geburtsvorbereitungskurse, Aufwendungen für Rückbildungsgymnastik sowie die Beratung und Unterstützung durch eine Hebamme bzw. durch einen Entbindungspfleger im häuslichen Umfeld. Abrechnungsgrundlage ist die jeweils gültige Gebührenordnung für Hebammen.
- Aufwendungen für nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch.
- Aufwendungen für eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation.
- Aufwendungen für ärztliche Beratung und Untersuchung wegen schwangerschaftsvermeidenden und schwangerschaftsunterstützenden Maßnahmen. Für versicherte Personen bis zum vollendeten 21. Lebensjahr sind auch die Aufwendungen für ärztlich verordnete, verschreibungspflichtige empfängnisverhütende Mittel einschließlich der Kosten für die ärztliche Verordnung erstattungsfähig.

k) präventive Maßnahmen der Medizin.

Präventive Maßnahmen der Medizin sind

- gezielte ambulante Untersuchungen zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten, ohne Einschränkung auf gesetzlich eingeführte Programme. Das bedeutet, dass medizinisch sinnvolle und begründbare Vorsorge und Früherkennung unabhängig von einer bestimmten Diagnose, vom Alter und von vorgegebenen Intervallen durchgeführt werden können.
- Schutzimpfungen einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff. Hierzu zählen sämtliche Schutzimpfungen einschließlich der Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen.

l) häusliche Krankenpflege (Behandlungspflege).

Erstattungsfähig sind

- aa) Aufwendungen für ärztlich verordnete Behandlungspflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn durch sie das Ziel einer ärztlichen Behandlung gesichert oder eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist.

Zur Behandlungspflege gehören z. B. Medikamentengabe, Injektionen, Wundversorgung und Verbandwechsel, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, Blutzuckerkontrolle und Katheterisierung. Die Aufwendungen für Intensiv-Behandlungspflege sind ebenfalls erstattungsfähig.

- bb) zusätzliche Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung im Zusammenhang mit einer ärztlich verordneten Behandlungspflege (einschließlich Intensivbehandlungspflege) nach Buchstabe aa) für bis zu vier Wochen je Versicherungsfall. Der Anspruch besteht nur, soweit eine im Haushalt lebende Person die versicherte Person nicht angemessen pflegen und versorgen kann.

Die Leistungen nach Buchstabe aa) und bb) bedürfen der vorherigen Zusage durch den Versicherer.

Die Leistungspflicht entsteht insoweit frühestens mit dem Zugang des entsprechenden Antrags beim Versicherer. Die Zustimmung wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation und oben genannten Voraussetzungen erteilt.

Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung geschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen als erstattungsfähig. Andernfalls werden Aufwendungen bis zu der Höhe erstattet, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen Gesetzlichen Krankenkasse verlangen könnte. Leistungen von anderen Kostenträgern oder der Pflegepflichtversicherung sind anzurechnen.

m) ambulante Palliativversorgung.

Aufwendungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung, wenn diese ärztlich verordnet wurde und durch einen Arzt oder durch eine Fachkraft für spezialisierte ambulante Palliativversorgung durchgeführt wird.

Voraussetzung ist, dass eine nicht heilbare, fortschreitende oder weit fortgeschrittene Erkrankung vorliegt, nach medizinischem Befund von einer zugleich begrenzten Lebenserwartung auszugehen ist und eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist.

Die Versorgung kann im häuslichen Umfeld erfolgen, wozu z. B. auch Senioren- oder Pflegeeinrichtungen zählen. Sofern der Leistungserbringer eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen Gesetzlichen Krankenkasse verlangen kann. Leistungen von anderen Kostenträgern oder der Pflegepflichtversicherung sind anzurechnen.

n) die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist.

o) Kinderwunschbehandlung.

Aufwendungen für medizinisch notwendige Maßnahmen (einschließlich Arzneimittel) zur Erlangung einer Schwangerschaft (Kinderwunschbehandlung), die nach deutschem Recht zulässig sind, sind nach vorheriger schriftlicher Zusage erstattungsfähig.

Die Zusage wird erteilt, sofern die folgenden Voraussetzungen vorliegen:

- die Behandlung erfolgt bei Ehepaaren oder in eheähnlicher Gemeinschaft lebenden Paaren,
- es werden ausschließlich Ei- und Samenzellen des Paares verwendet (homologe Befruchtung),
- es liegt eine organisch bedingte Sterilität der versicherten Person vor.

- son vor, bei der ausschließlich die Mittel einer Kinderwunschbehandlung zu einer Schwangerschaft führen können,
- es besteht eine hinreichende Erfolgsaussicht (für das gewählte Verfahren) und
- zum Zeitpunkt der Behandlung die Frau das 25. Lebensjahr bereits vollendet und das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hat sowie
- der Mann das 25. Lebensjahr vollendet und das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Ein Leistungsanspruch besteht für bis zu sechs Inseminationszyklen sowie entweder bis zu fünf Versuchen nach der In-vitro-Fertilisation (IVF) oder bis zu fünf Versuchen nach der intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI), einschließlich der dabei erforderlichen IVF.

Besteht für die versicherte Person oder deren Partner Anspruch auf Leistungen für Kinderwunschbehandlung bei einem anderen Leistungsträger (z. B. Gesetzliche oder Private Krankenversicherung oder ein sonstiger Leistungsträger), so ist der Versicherer in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

Bei erfolgreicher Geburt besteht erneut Anspruch auf Leistungen für Kinderwunschbehandlung, solange die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt sind. Ein erneuter Anspruch auf Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung erlischt nach der erfolgreichen Geburt des dritten Kindes.

p) Kryokonservierung.

Die Aufwendungen für Kryokonservierung von Ei- oder Spermienzellen sowie die dazugehörigen medizinischen Maßnahmen sind zu 100 % erstattungsfähig, wenn sich die versicherte Person aufgrund einer Erkrankung einer keimzellenschädigenden Therapie unterziehen muss. Im Übrigen gelten für die Dauer der Kryokonservierung die unter den Regelungen zur Kinderwunschbehandlung dargestellten Altershöchstgrenzen.

q) ambulante Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen.

Abweichend von § 5 Abs. 1 d) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I sind Aufwendungen für ärztlich angeordnete ambulante Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger im tariflichen Umfang erstattungsfähig. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer. Werden Leistungen gezahlt, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom Ende der Kur- und Sanatoriumsbehandlung beziehungsweise der Rehabilitationsmaßnahme. § 5 Abs. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bleibt hiervon unberührt.

r) ambulante Anschlussheilbehandlung (AHB).

Aufwendungen für die ersten 21 Tage einer ambulanten Anschlussheilbehandlung werden im tariflichen Umfang erstattet, wenn diese innerhalb von 28 Tagen nach dem Ende einer Krankenhausbehandlung oder ambulanten Operation, für die der Versicherer leistungspflichtig ist, beginnt.

Diese Frist gilt nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht angetreten werden kann. Die Frist gilt auch dann nicht, wenn kein Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Verfügung steht und dies dem Versicherer spätestens am letzten Tag der Frist angezeigt wird.

Dauert die Anschlussheilbehandlung länger als 21 Tage, bedarf es ab dem 22. Tag einer Zusage durch den Versicherer. Diese wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation erteilt. Bestehen Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern (wie die gesetzlichen Rehabilitationsträger, Berufsgenossenschaften), sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen. § 5 Abs. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I bleibt hiervon unberührt.

s) ambulante Psychotherapie.

Erstattet werden Aufwendungen für ambulante Psychotherapie entsprechend den jeweils geltenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, wenn

- die versicherte Person wegen schwerer psychischer Erkrankungen nicht in der Lage ist, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen selbstständig in Anspruch zu nehmen,

- und wenn dadurch eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird, oder wenn eine Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht durchführbar ist.

Voraussetzung ist:

- Eine Verordnung durch einen niedergelassenen, approbierten und zur Psychotherapie zugelassenen Arzt mit entsprechender Facharzt- oder Zusatzbezeichnung (z. B. für Psychiatrie und Psychotherapie) oder
- eine Verordnung durch einen Krankenhausarzt im Rahmen des Entlassmanagements oder
- eine Verordnung durch einen niedergelassenen und im Arztregister eingetragenen psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit geeignetem Fachkundenachweis,
- ferner die vorherige Vorlage eines Betreuungsplans und
- die schriftliche Leistungszusage des Versicherers.

Die Behandlung kann dann auch von einer Fachkraft für Soziotherapie (wie Sozialarbeiter, Sozialpädagoge, Fachkrankenschwester/-pfleger für Psychiatrie) durchgeführt werden.

Ein Anspruch besteht für höchstens 120 Stunden innerhalb von drei Jahren je Versicherungsfall. Sofern der Leistungserbringer für Aufwendungen durch eine Fachkraft für Soziotherapie eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen hat, gelten die dort vereinbarten Vergütungshöhen. Andernfalls sind Aufwendungen bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Leistungserbringer in einem vergleichbaren Fall als Vergütung von einer deutschen Gesetzlichen Krankenkasse verlangen kann.

t) Familien- und Haushaltshilfen.

Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfen werden unter nachfolgenden Voraussetzungen bis maximal 100 EUR pro Kalendertag erstattet:

aa) Während eines medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalts oder einer Rehabilitationsmaßnahme der versicherten Person, wenn

- es sich bei der versicherten Person um die haushaltsführende Person handelt und
- ein Kind im Haushalt lebt, das seinen 16. Geburtstag noch nicht erreicht hat oder ein Kind im Haushalt lebt, das pflegebedürftig oder schwerbehindert ist und
- keine weitere im Haushalt lebende Person sich um dieses Kind kümmern sowie den Haushalt führen kann.

bb) Darüber hinaus sind Aufwendungen für Familien- und Haushaltshilfen auch nach einem medizinisch notwendigen Krankenhausaufenthalt oder einer Rehabilitationsmaßnahme der versicherten Person bis zu 4 Wochen erstattungsfähig, wenn

- diese den Haushalt nicht weiterführen kann und
- die versicherte Person die haushaltsführende Person ist und
- keine weitere im Haushalt lebende Person den Haushalt führen kann.

Lebt ein Kind im Haushalt, das seinen 16. Geburtstag noch nicht erreicht hat oder lebt ein Kind im Haushalt, das pflegebedürftig oder schwerbehindert ist, werden die Aufwendungen für die Familien- und Haushaltshilfe nach Buchstabe bb) bis zu 26 Wochen im Kalenderjahr erstattet.

Hat der Versicherte gegenüber anderen Leistungsträgern Anspruch auf Leistungen für Familien- und Haushaltshilfen, sind diese vorrangig in vollem Umfang in Anspruch zu nehmen. Es wird dann nur für solche Kosten geleistet, die nach Vorleistung des anderen Leistungsträgers verbleiben.

§ 5 Abs. 1 g) Satz 1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I gilt für Familien- und Haushaltshilfen entsprechend.

1.2.2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Nähr-, Anregungs-, Stärkungs-, potenz- und erektionsfördernde Mittel sowie ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten. Nicht hierunter fallen Mittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel, die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden,

- Badezusätze, Desinfektions-, kosmetische und empfängnisverhütende Mittel (soweit diese nicht nach Ziffer I.1.2.1 j) erstattungsfähig sind), Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden,
- Beschaffung oder Miete aller Arten von Heilapparaten, sanitären und medizinischen Bedarfsartikeln,
- Ausführungen von Hilfsmitteln, wenn diese keinen objektiven Nutzen zum Ausgleich einer Behinderung haben,
- Unterhaltungs- und Betriebskosten für Hilfsmittel,
- Pflegehilfsmittel, auf die ein Anspruch aus der Pflegepflichtversicherung besteht,
- Reinigungs- und Pflegemittel für Kontaktlinsen sowie Ersatzbatterien und Ladegeräte für elektrische und elektronische Geräte,
- sonstige Fahrten zum Arzt und zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus,
- psychotherapeutische Diagnostik und psychotherapeutische Behandlungen durch Heilpraktiker.

1.3 Zahnärztliche und kieferorthopädische Heilbehandlung

1.3.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- a) vorbeugende Maßnahmen zu 100 %.

Vorbeugende Maßnahmen sind

- professionelle Zahnreinigung/Zahnprophylaxe,
- Erstellung eines Mundhygienestatus,
- eingehende Unterweisung zur Verhütung von Karies und parodontalen Erkrankungen,
- Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen,
- lokale Fluoridierung oder lokale Anwendung von Medikamenten.

- b) Zahnbehandlung zu 100 %.

Kosten für Zahnbehandlungen sind

- allgemeine, konservierende zahnärztliche Leistungen (z. B. Versiegelungen, Füllungen, Inlays und Wurzelbehandlungen) - außer bei der Versorgung mit Kronen,
- chirurgische zahnärztliche Leistungen (z. B. Zahnextraktionen, Wurzelspitzenresektionen, Zystenoperationen, Excisionen, Osteotomien und Sequestrotomien) außer im Rahmen der Versorgung mit Zahnersatz gem. Ziffer 1.3.1 c),
- Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
- zahnärztliche Röntgendiagnostik,
- Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen,
- DROS-Schienen,
- die zu den Leistungen gehörigen Material- und Laborkosten und die damit in Zusammenhang stehenden Behandlungskosten sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und die erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen.

Zu Zahnbehandlungen gehören insbesondere auch

- plastische Füllungen (z. B. lichthärtende Composites, dentinadhäsive Füllungen),
- Inlays (Einlagefüllungen) aus Metall, Kunststoff oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- Parodontosebehandlungen mittels PerioChip,
- mikroinvasive Kariesinfiltrationen (z. B. ICON).

- c) Zahnersatz zu 90 %.

Kosten für Zahnersatz sind die zahnärztlichen Gebühren für

- prothetische Leistungen (z. B. Kronen, Teleskopkronen einschließlich Verblendungen, Onlays, Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
- implantologische Leistungen (Implantate, Knochenaufbau und Sinuslift) einschließlich Suprakonstruktionen.

Zu Zahnersatz gehören insbesondere auch

- Keramikverblendschalen (Veneers), z. B. bei Zahnhartsubstanzdefekten oder freiliegenden Zahnhälsen,
- Kunststoff- und Keramikverblendungen,
- Kronen aus Metall oder Keramik (z. B. im CEREC-Verfahren),
- augmentative Behandlungen (Knochenaufbau mit künstlichem oder natürlichem Knochenmaterial sowie die Therapieformen einer Knochenspreizung, Knochenverlängerung und Sinuslift),
- die zu den Leistungen gehörigen Material- und Laborkosten und die damit in Zusammenhang stehenden Behandlungskosten sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und die erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen.

- d) Zahn- und Kieferregulierung zu 90 %.

Kosten für Zahn- und Kieferregulierung sind die Gebühren für zahnärztliche bzw. kieferorthopädische Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen sowie die zu den Leistungen gehörigen Material- und Laborkosten.

- e) Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.

Kosten für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind die Gebühren für zahnärztliche Maßnahmen, um Störungen der Funktion der Kiefergelenke, der Kaumuskulatur und der Zähne zu diagnostizieren, zu beheben oder zu bessern.

Funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen sind im Rahmen von Zahnersatz und Zahn- und Kieferregulierung zu 90 % und ansonsten zu 100 % erstattungsfähig.

Zum Leistungsumfang des Versicherers nach Ziffer I.1.3.1 gehören auch die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgesehenen Zusatz- und Begleitleistungen (z. B. OP-Mikroskop, Anwendungen eines Lasers).

Die Kosten für die Erstellung eines Heil- und Kostenplans sind zu 100 % erstattungsfähig.

1.3.2 Leistungshöchstbetrag

- a) Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Ziffer I.1.3 zusammen beträgt je versicherte Person höchstens

1.500 EUR im ersten Versicherungsjahr,
3.000 EUR in den ersten zwei Versicherungsjahren,
4.500 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren,
6.000 EUR in den ersten vier Versicherungsjahren.

Die Begrenzung entfällt ab dem 5. Versicherungsjahr.

Hat der Versicherte in den letzten 5 Kalenderjahren vor Beginn der Versicherung in diesem Tarif jährlich eine Zahnvorsorgeuntersuchung gemacht, entfällt die Begrenzung ab dem 4. Versicherungsjahr.

- b) Material- und Laborkosten werden für die Berücksichtigung der Höchstbeträge dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden eingegliedert werden.

- c) Die Höchstbeträge gelten nicht für einen nachweislich durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.

1.3.3 Wartezeiten bei vorbeugenden Maßnahmen und Zahnbehandlung

Abweichend von § 3 Abs. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I beträgt die besondere Wartezeit bei vorbeugenden Maßnahmen nach Ziffer 1.3.1 a) und bei Zahnbehandlungen nach Ziffer 1.3.1 b) drei Monate.

1.4 Stationäre Heilbehandlung

1.4.1 Erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- a) die vom Krankenhaus berechneten Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegegesetzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz.

- b) die von einem Krankenhaus, das nicht der Bundespflegegesetzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegt (Privatklinik) berechneten Kosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich ärztlicher und sonstiger therapeutischer Leistungen sowie medizinisch begründeter, nachgewiesener Nebenkosten.

- c) die vom Krankenhaus gesondert berechneten Kosten für die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer gemäß Bundespflegegesetzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz. Falls von einem Krankenhaus nicht nach der Bundespflegegesetzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet wird, gelten die Leistungen für die "1. Klasse" oder die "2. Klasse".

- d) gesondert berechenbare Arzthonorare (z. B. ärztliche Wahlleistungen).

- e) Belegarzt, freiberufliche Hebammen bzw. Entbindungspfleger, Beleghebammen bzw. Belegentbindungspfleger.
- f) Krankenfahrten und -transporte bis zu 100 Kilometer Entfernung zwischen Wohn- oder Aufenthaltsort und Krankenhaus bzw. ohne Begrenzung der Entfernung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück.
- g) teilstationäre, vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a SGB V sowie tagesstationäre Behandlungen nach § 115 e SGB V.
- h) die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten. Eine aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme liegt in der Regel dann vor, wenn der Patient zu Beginn der stationären Heilbehandlung das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- i) stationäre psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung.

Zu den erstattungsfähigen Kosten gehören auch Aufwendungen für

- Isotopenbehandlungen,
- Herz-Lungenmaschine,
- Herzschrittmacher,
- stationäre Blutdialyse (künstliche Niere), Organverpflanzungen,
- künstliche Gelenke und
- Behandlungen in der Intensivstation.

Werden bei einer Entbindung für die Unterbringung, Verpflegung und Betreuung eines gesunden Säuglings Kosten berechnet, so gelten diese Kosten als für die Mutter entstanden, wenn für das Kind keine eigene Versicherung bei einem privaten Krankenversicherer besteht. Sie werden zusammen mit den Entbindungskosten erstattet.

1.4.2 Krankenhaustagegeld neben Kostenerstattung

Zum Ausgleich ersparter Kosten besteht bei teilweiseem Verzicht auf versicherte Leistungen neben der Kostenerstattung gemäß Ziffer I.1.4.1 für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus mit Ausnahme des Entlassungstages Anspruch auf folgende Krankenhaustagegelder:

- a) Bei Verzicht auf gesondert berechenbare Wahlleistung Unterkunft im Ein-/Zweibettzimmer gemäß Ziffer I.1.4.1 c) 50 EUR.
- b) Bei Verzicht auf gesondert berechenbare ärztliche Wahlleistungen gemäß Ziffer I.1.4.1 d) 50 EUR.
- c) Wird auf beide Leistungen verzichtet, beträgt das Krankenhaustagegeld 100 EUR.

Der unter a) – c) genannte Betrag verringert sich für Kinder/Jugendliche bis zum Ende des Monats, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden, um die Hälfte.

1.4.3 Lebendorgan- und Stammzellenspende

Erstattungsfähig sind bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung die bei dem Spender einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende entstehenden Aufwendungen, wenn der Empfänger der Spende in diesem Tarif versichert ist.

Erstattungsfähig sind die Kosten (hierzu gehören auch Kosten für Komplikationen, die sich unmittelbar aus der Organspende ergeben) im vertraglichen Umfang für die erforderliche

- ambulante Behandlung und/oder
- stationäre Behandlung.

Erstattungsfähig sind auch die Fahrt-, Transport- und Reisekosten, die unmittelbar mit der medizinischen Behandlung in Zusammenhang stehen. Im Zuge einer Lebendorganspende werden darüber hinaus erstattet

- die auf Grund der Organspende erforderlichen ambulanten oder stationären Rehabilitationsbehandlungen des Organspenders,
- die Kosten für die Nachbetreuung, wenn sich der Spender zur Teilnahme an einer ärztlich empfohlenen Nachbetreuung bereit erklärt hat,
- der nachgewiesene tatsächliche Verdienstaussfall und die von dem Organspender geschuldeten Sozialversicherungsbeiträge für die

Renten-, Arbeitslosen-, Kranken- und Pflegeversicherung. Hierzu zählen auch die Beiträge für eine substitutive private Krankenversicherung und für die private Pflegepflichtversicherung.

Tarifliche Selbstbehalte/Eigenleistungen wirken sich nicht zu Lasten des Organspenders aus.

1.4.4 Stationäre Anschlussheilbehandlung (AHB)

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen, wenn hinsichtlich der Maßnahme kein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann. Gleiches gilt für Aufwendungen für medizinisch notwendige post-primäre bzw. weiterführende Rehabilitation, wenn eine Anschlussheilbehandlung aus medizinischer Sicht nicht oder noch nicht möglich ist.

Eine Anschlussheilbehandlung liegt vor, wenn sich innerhalb von 28 Tagen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die der Versicherer leistungspflichtig ist, eine vom Krankenhausarzt verordnete weitere Heilbehandlung in einer anderen Krankenanstalt anschließt und diese Heilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern.

Diese Frist gilt nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht angetreten werden kann. Die Frist gilt auch dann nicht, wenn kein Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Verfügung steht und dies dem Versicherer spätestens am letzten Tag der Frist angezeigt wird.

1.4.5 Stationäre Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen

Aufwendungen für ärztlich angeordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger werden in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer.

Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu 55 EUR je Tag für maximal 28 Tage.

Werden Leistungen gezahlt, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom Ende der Kurbehandlung, der Sanatoriumsbehandlung bzw. der Rehabilitationsmaßnahme.

§ 5 Abs. 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, und § 5 (1.4) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II, bleiben hiervon unberührt.

1.4.6 Wunschverlegung

Erstattungsfähig sind einmalig pro Versicherungsfall Aufwendungen für die Verlegung in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands (Wunschverlegung). Die Aufwendungen für die Verlegung sind erstattungsfähig, wenn die vollstationäre Heilbehandlung nach der Verlegung voraussichtlich noch mindestens sieben Tage andauern wird und der Transport medizinisch vertretbar ist.

1.5 Digitale Gesundheitsanwendungen

Erstattungsfähig sind 100 % der Kosten für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (vgl. § 139e Abs. 1 SGB V) enthalten sind, höchstens bis zu den dort genannten Preisen.

Dies setzt voraus, dass

- der behandelnde Arzt bzw. Zahnarzt oder Psychotherapeut die Anwendungen verordnet hat oder
- der Versicherer die Erstattung vorher schriftlich zugesagt hat.

Erstattungsfähig im Versicherungsfall sind 80 % der Kosten für andere als die in Abs. 1 genannten digitale Gesundheitsanwendungen bis zu maximal 1.600 EUR für jeden Versicherten im Kalenderjahr, soweit der Versicherer dies vorher schriftlich zugesagt hat.

Erstattet wird die Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen zunächst für maximal 12 Monate. Danach muss sie jeweils erneut verordnet bzw. vorher schriftlich zugesagt werden. Der Versicherer darf die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung stellen, anstatt deren Kosten zu erstatten.

Erstattet werden ausschließlich die Kosten für den Erwerb der Nutzungsrechte an der digitalen Gesundheitsanwendung. Nicht erstat-

tungsfähig sind Kosten im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten sowie für eine Zweitbeschaffung zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten.

1.6 Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen

Abweichend von § 5 (1.2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II letzter Spiegelstrich beträgt der Erstattungsprozentsatz für Aufwendungen bei den ersten beiden Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen 100 %. Bei der dritten Entwöhnungsbehandlung beträgt der Erstattungsprozentsatz 70 %. Die verbleibenden 30 % sind nach der Beendigung der Entwöhnungsbehandlung erstattungsfähig, wenn die Beendigung weder aus disziplinarischen Gründen noch vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis erfolgte. Im Übrigen bleiben die Voraussetzungen von § 5 (1.2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II unberührt.

Aufwendungen für Maßnahmen zur Entgiftung werden zu 100 % erstattet.

1.7 Sozialpädiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Erstattungsfähig sind die Kosten für sozialpädiatrische Behandlung im Sinne von § 119 SGB V sowie für Frühförderungsbehandlungen im Sinne der Frühförderungsverordnung in Einrichtungen, die über einen Vertrag mit der Privaten oder der Gesetzlichen Krankenversicherung verfügen. Die Erstattung erfolgt bis zu den Beträgen, die die Gesetzliche Krankenversicherung oder der Verband der Privaten Krankenversicherung mit den Leistungserbringern vereinbart hat.

1.8 Kurtagegeld

- Für ärztlich verordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlung wird ein Kurtagegeld in Höhe von 20 EUR je Tag gezahlt.
- Das Kurtagegeld wird für höchstens 28 Tage innerhalb von 3 Kalenderjahren gezahlt. Als erstes Kalenderjahr gilt das Jahr des Versicherungsbeginns.

1.9 Leistung bei Krankheit des Kindes

Bei Krankheit eines ebenfalls im Tarif uni-Top|Privat mitversicherten Kindes einer versicherten Person, wird ein Tagegeld als Pauschale in Höhe von 100 EUR für maximal 15 Tage im Kalenderjahr gezahlt.

Voraussetzung für die Zahlung des Tagegeldes ist,

- dass das Kind seinen 12. Geburtstag noch nicht erreicht hat oder behindert und deshalb auf Hilfe angewiesen ist und
- dass die versicherte Person ihr erkranktes Kind betreuen muss und deshalb der beruflichen Tätigkeit nicht nachgehen kann und
- dass die versicherte Person für diese Zeit weder Entgelt von ihrem Arbeitgeber erhält noch von staatlicher Stelle eine Ersatzleistung beanspruchen kann und
- dass keine andere im Haushalt lebende Person das Kind betreuen kann.

Die Zahlung des Krankentagegeldes erfolgt aus dem Vertragsteil des im Tarif uni-Top|Privat versicherten Kindes.

1.10 Krankenrücktransport aus dem Ausland

1.10.1 Bei akut eingetretenen Krankheiten und Unfällen während eines vorübergehenden Auslandsaufenthaltes sind die Kosten eines medizinisch sinnvollen und wirtschaftlich vertretbaren Krankenrücktransportes einschließlich der Aufwendungen für eine Begleitperson nach folgenden Regelungen erstattungsfähig.

1.10.2 Für chronische Erkrankungen und für bei Beginn des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftige oder sich in Heilbehandlung befindende Krankheiten besteht Versicherungsschutz für Krankenrücktransporte nur insoweit, als im Ausland akut und unvorhersehbar eine erhebliche Verschlimmerung eintritt.

1.10.3 Die Kosten, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, werden von den erstattungsfähigen Kosten abgezogen.

1.10.4 Die Kosten für eine Begleitperson werden nur erstattet, wenn sich diese Person bei Eintritt der Umstände, die den Krankenrücktransport erforderlich machen, vorübergehend im Reiseland der versicherten Person aufhält und während ihrer Reise selbst bei der uniVersa Krankenversicherung a.G. reisekrankenversichert ist.

1.10.5 Ein Krankenrücktransport im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn er mit einem dafür geeigneten Spezialfahrzeug oder Spezialflugzeug (einschließlich Rettungshubschrauber) durchgeführt wird.

1.10.6 Bei Vorliegen der Voraussetzungen hat der Versicherte die Wahl, den Krankenrücktransport zu seinem Wohnsitz oder zu dem von dort aus nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus durchführen zu lassen.

1.11 Überführung im Todesfall oder Bestattung im Ausland

Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zu 10.000 EUR für, die im Falle des Ablebens der versicherten Person während eines Auslandsaufenthalts durch Überführung an den Heimatwohnsitz bzw. einen Ort in Deutschland oder durch Bestattung am Sterbeort entstehen; dies sind ausschließlich die Transport- und die unmittelbaren Kosten zur Veranlassung dieser Überführung durch ein Bestattungsunternehmen oder ausschließlich die Beisetzungskosten, die ein ortsansässiges Bestattungsunternehmen berechnet.

II Garantierte Beitragsrückerstattung

Der Versicherungsnehmer hat Anspruch auf eine erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung (garantierte Beitragsrückerstattung) in Höhe von 600 EUR je Kalenderjahr und versicherte Person. Für Kinder und Jugendliche bis einschließlich dem Kalenderjahr, das vor Vollendung des 21. Lebensjahres liegt, verringert sich die garantierte Beitragsrückerstattung jeweils um die Hälfte.

Voraussetzung für den Anspruch auf die garantierte Beitragsrückerstattung ist:

- Für das abgelaufene Kalenderjahr wurden keine Leistungen aus einem Krankheitskostenvollversicherungstarif des Versicherers beansprucht; ausgenommen hiervon sind die Beitragsbefreiung nach Ziffer IV, Vorsorgeleistungen nach Ziffer VII und Schutzimpfungen nach Ziffer I.1.2.1 k) 2. Spiegelstrich.
- Die Beiträge für das abgelaufene Kalenderjahr bis spätestens zum 31. Januar des Folgejahres voll entrichtet worden sind.
- Beginnt die Versicherung nicht zum 1. Januar oder ist der Tarif uni-Top|Privat nicht während des gesamten abgelaufenen Kalenderjahres versichert, so ermäßigt sich die garantierte Beitragsrückerstattung für das abgelaufene Kalenderjahr jeweils um den Anteil der nicht versicherten Tage des jeweiligen Kalendermonats. Ein Anspruch auf garantierte Beitragsrückerstattung besteht dabei nur für Tage, in denen der Tarif nicht als Anwartschaftsversicherung geführt wurde oder beitragsfrei geruht hat.

Die garantierte Beitragsrückerstattung wird spätestens im Oktober des Folgejahres ausgezahlt.

Werden nach Auszahlung der garantierten Beitragsrückerstattung Leistungsansprüche für das abgelaufene Kalenderjahr geltend gemacht, so werden diese Ansprüche mit der garantierten Beitragsrückerstattung verrechnet; hiervon ausgenommen sind die Beitragsbefreiung nach Entbindung gemäß Ziffer IV, Leistungen für Vorsorgeleistungen gemäß Ziffer VII sowie Leistungen für Schutzimpfungen gemäß Ziffer I.1.2.1 k) 2. Spiegelstrich.

III Erstattungsfähigkeit von Aufwendungen

Erstattungsfähige Aufwendungen werden jeweils dem Zeitraum zugerechnet, in dem sie angefallen sind, das heißt in dem die Behandlung erfolgte. Für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel sowie digitale Gesundheitsanwendungen gilt: Erstattungsfähige Aufwendungen sind zu dem Zeitpunkt angefallen, zu dem die Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel oder digitalen Gesundheitsanwendungen bezogen wurden. Andere erstattungsfähige Aufwendungen sind angefallen, wenn die der erstattungsfähigen Aufwendung zugrunde liegende Maßnahme jeweils vorgenommen wurden.

1.1 Ärzte und Zahnärzte

Die Kosten für erbrachte Leistungen sind dann erstattungsfähig, wenn und soweit sie nach den gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) und Zahnärzte (GOZ) berechnet sind bzw. analog berechnet werden können. Es werden auch Aufwendungen über den Höchstsätzen erstattet, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind und den Anforderungen der jeweiligen Gebührenordnung entsprechen.

1.2 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Die nach der jeweils geltenden Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) in Rechnung gestellten Leistungen sind bis zu der Höhe erstattungsfähig, die gemäß Abschnitt III.1.1 bei einem Arzt für eine vergleichbare Verrichtung erstattungsfähig wäre.

1.3 Hebammen und Entbindungspfleger

Leistungen einer Hebamme bzw. eines Entbindungspflegers sind bis zu den Höchstsätzen der jeweiligen Gebührenordnung für Hebammen erstattungsfähig.

1.4 Heilpraktiker

Leistungen des Heilpraktikers sind nach dem jeweils aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) bis zu den dort genannten Höchstsätzen erstattungsfähig.

1.5 Kosten im Ausland

Die Kosten für im Ausland erbrachte Leistungen von den genannten Heilbehandlern sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach den in Deutschland gültigen Gebührenordnungen berechnet sind. Die Erstattungsfähigkeit der Kosten beurteilt sich dann nach den im jeweiligen Land für Privatpatienten geltenden gebührenrechtlichen Regelungen. Bei Fehlen solcher Regelungen bemessen sich die erstattungsfähigen Kosten nach der jeweils landesüblichen Gebührenhöhe für vergleichbare Leistungen.

2 Kalenderjahresregelung

Sind in diesem Tarif Höchstbeträge nach Kalenderjahren vorgesehen, gelten diese jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres.

Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr. Dabei wird die Selbstbeteiligung gemäß Ziffer I.1.1 für das erste Kalenderjahr um jeweils 1/12 für jeden am vollen Kalenderjahr fehlenden Monat gemindert.

IV Beitragsbefreiung nach Geburt eines Kindes

- Bezieht die nach Tarif uni-Top|Privat versicherte Person (Elternteil) Elterngeld im Sinne des Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetzes (BEEG), ist der Versicherungsnehmer für die betroffene versicherte Person für die Zeit des Elterngeldbezugs – maximal für sechs Monate – vom Beitrag befreit.
- Bezieht die nach Tarif uni-Top|Privat versicherte Person (Elternteil) nur deshalb kein Elterngeld, weil ein Elterngeldanspruch wegen Überschreiten der Einkommensgrenzen nach § 1 Abs. 8 BEEG entfällt und reduziert diese Person ihre bisherige wöchentliche Arbeitszeit innerhalb der Grenzen von § 1 Abs. 1 Nr. 4. und Abs. 6 BEEG, ist der Versicherungsnehmer für die betroffene versicherte Person für die Zeit der reduzierten Arbeitszeit – maximal für sechs Monate – vom Beitrag befreit.

Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht.

Um die Beitragsbefreiung zu erhalten, sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- Für die versicherte Person besteht seit mindestens acht Monaten vor der Geburt des Kindes bis zum Beginn der Beitragsbefreiung ununterbrochen Versicherungsschutz in einem Krankheitskostenvollversicherungstarif des Versicherers, der eine Beitragsbefreiung bei Bezug von Elterngeld vorsieht.
- Zu Beginn der Beitragsbefreiung sind die Beiträge vollständig entrichtet und die versicherte Person ist zu Beginn der Beitragsbefreiung nicht im Notlagentarif versichert.
- Für die versicherte Person besteht für den Tarif uni-Top|Privat keine Anwartschaftsversicherung.
- Die Beitragsbefreiung – gemäß Punkt a) – beginnt mit dem Ersten des Monats des Elterngeldbezugs. Eine Kopie des Elterngeldbescheids wird spätestens drei Monate nach dessen Ausstellungsdatum dem Versicherer vorgelegt. Nachträgliche Änderungen zur Dauer des Elterngeldbezugs müssen dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden.
- Die Beitragsbefreiung – gemäß Punkt b) – beginnt mit dem Ersten

des Monats der reduzierten Arbeitszeit. Das Vorliegen der Voraussetzungen – gemäß Punkt b) – sowie der Zeitraum der reduzierten Arbeitszeit sind vom Versicherungsnehmer innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Arbeitszeitreduzierung dem Versicherer gegenüber zu bestätigen. Nachträgliche Änderungen müssen dem Versicherer unverzüglich angezeigt werden. Der Versicherer ist berechtigt Nachweise zu verlangen.

Die Beitragsbefreiung kann unter den vorgenannten Voraussetzungen für insgesamt maximal sechs Monate je Geburt beantragt werden. Mehrlingsgeburten gelten als eine Geburt.

Für das im Tarif uni-Top|Privat im Rahmen der Kindernachversicherung nach § 2 Abs. 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, mitversicherte neugeborene Kind wird die Versicherung im Tarif uni-Top|Privat ab dem ersten des auf die Geburt folgenden Monats für sechs Monate beitragsfrei geführt. Der Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ändert sich in dieser Zeit nicht.

Die Beitragsbefreiung nach Entbindung für das neugeborene Kind setzt voraus, dass für die versicherte Person (Elternteil) seit mindestens acht Monaten vor der Geburt des Kindes, für das die Beitragsbefreiung geltend gemacht wird, bis zum Beginn der Beitragsbefreiung ununterbrochen Versicherungsschutz in dem Tarif uni-Top|Privat besteht.

V Option auf Umstellung des Versicherungsschutzes

Zu Beginn des sechsten Versicherungsjahres des Tarifs uni-Top|Privat hat die versicherte Person das Recht auf Umstellung ihres Versicherungsschutzes in höherwertige oder anderweitige Kostentariife des Versicherers ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Für die versicherte Person besteht mit Tarif uni-Top|Privat erstmals eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer. Als erstmalige Krankheitskostenvollversicherung gilt die Versicherung in Tarif uni-Top|Privat auch dann, wenn eine Krankheitskostenvollversicherung beim Versicherer zuvor ausschließlich in Form einer Anwartschaftsversicherung oder ein anderer Tarif mit Anrecht auf eine substitutive Krankheitskostenvollversicherung geführt worden ist.
- Die Umstellung wird spätestens bis zum Stichtag beim Versicherer in Textform beantragt. Stichtag ist der Monatserste nach Ablauf des sechsten Versicherungsjahres im Tarif uni-Top|Privat.
- Das Versicherungsverhältnis nach Tarif uni-Top|Privat wurde für die versicherte Person nicht im Rahmen der Kindernachversicherung gemäß § 2 Abs. 2 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I begründet.

Das Umstellungsrecht aus § 1 Abs. 6 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und II, bleibt unberührt.

VI Änderung und Ergänzung der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1 Änderung von § 8 a (1.2) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

In Tarif uni-Top|Privat können Kinder zum Kinderbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des darauffolgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Jugendliche geltenden Beiträge zu zahlen. Jugendliche können zum Jugendlichenbeitrag bis zum Ende des Monats versichert werden, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden. Der Jugendlichenbeitrag entfällt mit Beginn des darauffolgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I und in Ziffer VI.2 geregelt.

2 Änderung von § 13 (4.1) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil II

Abweichend von § 13 Abs. 4 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I kann der Versicherungsnehmer bei Entfall des Kinderbeitrages oder des Jugendlichenbeitrages gemäß Ziffer VI.1 das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch dann kündigen, wenn sich der Beitrag nicht erhöht.

VII Verzeichnis für Vorsorgeleistungen des Tarifs uni-Top|Privat

Die Erstattung der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Vorsorgeleistungen wird nicht auf die Selbstbeteiligung sowie auf die garantierte Beitragsrückerstattung angerechnet.

Dies gilt nicht für Aufwendungen für weitere Diagnostik bzw. Behandlung, deren Bedarf sich im Rahmen einer Vorsorgeleistung nach diesem Verzeichnis ergibt.

a) Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten

Die Erstattung der Aufwendungen für die nachfolgend aufgeführten Maßnahmen erfolgt nur dann ohne Anrechnung auf die jeweilige Selbstbeteiligung sowie auf die garantierte Beitragsrückerstattung, falls die Kosten im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen entstehen. Dies setzt voraus, dass die hierfür eingereichten Rechnungen eine der führenden GOÄ-Ziffern 23 - 29 enthalten.

Bei Rechnungen für Osteoporose-Vorsorge, Hautkrebsfrüherkennung, Darmkrebsfrüherkennung, Mammografie-Screening, Chlamydien-Screening und den speziellen Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Kindervorsorgeprogramme reichen die im Verzeichnis bei den jeweiligen Untersuchungen aufgeführten GOÄ-Ziffern aus.

Spezielle Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der gesetzlichen Kindervorsorgeprogramme

Erweitertes Neugeborenen-Screening

GOÄ-Ziffern	
250 oder 250a	Blutentnahme beim Kind
4030	TSH-Bestimmung (Schilddrüse)
4035	17-Alpha-Hydroxyprogesteron (Hormonbestimmung)
3789	Biotinidase
3790	Galaktose (Enzymbestimmung)
4078	Carnitin
4079	Massenspektrometrie
4210	Tyrosinämie Typ I
3920	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial
3922	Polymerasekettenreaktion (PCR)

Screening 5-q assoziierter Muskelatrophie

GOÄ-Ziffern	
3920	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial
3922	Polymerasekettenreaktion (PCR)
3924 (bis zu 2-mal)	Identifizierung humaner Nukleinsäurefragmente durch Hybridisierung, je Sonde

Früherkennung der Sichelzellerkrankheit

GOÄ-Ziffern	
3691 oder	Kapillarelektrophorese
3693A oder	Tandemmassenspektrometrie
3737A	Hochleistungsflüssigkeitschromatographie

Mukoviszidose-Screening

GOÄ-Ziffer	
3796A	Trypsin Mukoviszidose-Screening

Hüftscreening

GOÄ-Ziffer	
413	Ultraschalluntersuchung der Hüftgelenke

Hörscreening

GOÄ-Ziffern	
1409 oder 1401	Früherkennung von Hörstörungen bei Neugeborenen

Pulsoxymetrie-Screening zur Erkennung kritischer angeborener Herzfehler

GOÄ-Ziffer	
602	Oxymetrische Untersuchung zur Bestimmung der prozentualen Sauerstoffsättigung im Blut

Kindervorsorge/Jugendvorsorge

GOÄ-Ziffern	
25	Neugeborenen-Erstuntersuchung und Beratung (U1)
26	Untersuchung (U2-U9, U10) und Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)

Schwangerschaftsvorsorge

GOÄ-Ziffern	
23	Erstuntersuchung
24	Weitere Verlaufsuntersuchungen
415	Ultraschalluntersuchung
3613	Glukosetoleranztest, oral
3511	Harnstreifenfest
250	Blutentnahme
3982, 3985	Bestimmung von Blutgruppenmerkmalen
3517	Hämoglobinbestimmung
3504 oder 3550	Blutbild
4232, 4387	Nachweis und Bestimmung von Antikörpern
4395	HIV-Test
298, 4504A	Chlamydien-Screening

Vorgeburtliche Bestimmung des kindlichen Rhesusfaktors zur Vermeidung unnötiger Anti-D-Prophylaxe

GOÄ-Ziffern	
21	Eingehende humangenetische Beratung je angefangene halbe Stunde
80	Schriftliche gutachterliche Äußerung
3920	Isolierung von humanen Nukleinsäuren aus Untersuchungsmaterial
3922	Polymerasekettenreaktion (PCR)
3924 (bis zu 4-mal)	Identifizierung humaner Nukleinsäurefragmente durch Hybridisierung, je Sonde

Krebsvorsorge (für Frauen ab Alter 20, einmal jährlich)

GOÄ-Ziffern	
27	Untersuchung und Beratung einer Frau zur Krebsvorsorge
1070	Kolposkopie
4851 oder	Zytologische Untersuchung bei Frauen
4815A	Dünnschichtzytologie ¹⁾
298, 4783	Entnahme des Abstrichmaterials, HPV-Test erst ab Alter 35 in dreijährigen Abständen
250	Blutentnahme
3501	Blutsenkung
3503 - 3506	Blutbild
418	Ultraschalluntersuchung einer Brust mit zugehörigem axillärem Lymphstromgebiet ²⁾
420	Ultraschalluntersuchung der anderen Brust ²⁾
420	Ultraschalluntersuchung der Axilla der Gegenseite ²⁾

Chlamydien-Screening (für Mädchen und Frauen bis Alter 25, einmal jährlich)

GOÄ-Ziffern	
298, 4504A	Chlamydien-Screening

Mammografie-Screening (für Frauen ab Alter 30 in dreijährigen, ab Alter 50 in zweijährigen Abständen)

GOÄ-Ziffern	
1	Aufklärungsgespräch
60A	Konsiliarische Erörterung
5266	Mammografie-Screening je Seite, in zwei Ebenen
5298	Zuschlag für digitale Radiografie

Hautkrebsfrüherkennung (ab Alter 35, jährlich)

GOÄ-Ziffern	
1	Beratung
7	Untersuchung, Hautorgan
750	Dermatoskopie

Früherkennung von Hepatitis B- und Hepatitis C-Virusinfektionen (ab Alter 35, einmalig)

GOÄ-Ziffern	
29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
250	Blutentnahme
4643	Hepatitis B-Virus
4406	Hepatitis C-Virus

Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ab Alter 35, einmal innerhalb von zwei Jahren)

GOÄ-Ziffern	
29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
250	Blutentnahme
651	EKG
3560	Blutzuckerbestimmung (Glukose)
3562.H1	Bestimmung der Blutfettwerte (Cholesterin)
3563.H1	HDL-Cholesterin
3564.H1	LDL-Cholesterin
3565.H1	Triglyzeride

3583.H1	Bestimmung der Harnsäure
Früherkennung von Nierenerkrankungen (ab Alter 35, einmal innerhalb von zwei Jahren)	
GOÄ-Ziffern	
29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
3511 oder	Harnstreifentest oder
3531/3583.H1	Bestimmung der Laborwerte (Urinsediment)/ Harnsäure
250	Blutentnahme
3585.H1	Kreatinin
410	Ultraschalluntersuchung der ersten Niere
420	Ultraschalluntersuchung der zweiten Niere

Krebsvorsorge (für Männer ab Alter 45, einmal jährlich)	
GOÄ-Ziffern	
28	Untersuchung und Beratung eines Mannes zur Krebsvorsorge
250	Blutentnahme
3501	Blutsenkung
3503 - 3506	Blutbild

Darmkrebsfrüherkennung (ab Alter 50)³⁾	
GOÄ-Ziffern	
1	Beratung
3735A oder	Untersuchung auf verborgenes Blut
3736A	im Stuhl
687	Darmspiegelung zur Darmkrebsfrüherken- nung
261	Injektion zur Sedierung einschließlich Sach- kosten

Osteoporose-Vorsorge (ab Alter 50, einmal innerhalb von zwei Jahren)	
GOÄ-Ziffern	
5380	Osteodensitometrie
410	Ultraschalluntersuchung

Früherkennung von krankhaften Erweiterungen der Bauchschlagader (für Männer ab Alter 65, einmalig)	
GOÄ-Ziffern	
29	Untersuchung, Risikoprofil und Beratung
410	Ultraschalluntersuchung der Bauchaorta

Hinweise zur Inanspruchnahme von Krebsvorsorgeuntersuchungen:

- 1) von Alter 20 bis Alter 34 jährliche Untersuchung, ab Alter 35 in dreijährigen Abständen
- 2) von Alter 30 bis Alter 49 in dreijährigen Abständen, ab Alter 50 in zweijährigen Abständen
- 3) von Alter 50 bis Alter 54 jährliche Untersuchung auf Blut im Stuhl, ab Alter 55 in zweijährigen Abständen
oder ab Alter 50 insgesamt zwei Darmspiegelungen (zweite Darmspiegelung zehn Jahre nach der ersten)

b) Zahnprophylaktische Leistungen

Die Erstattung der Kosten für die nachfolgend aufgeführten Maßnahmen erfolgt nur dann ohne Anrechnung auf die jeweilige Selbstbeteiligung sowie auf die erfolgsunabhängige Beitragsrückerstattung (garantierte BRE), falls die Kosten im Rahmen von zahnprophylaktischen Leistungen entstehen.

GOZ-Ziffern	
0010	Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Erhebung des Parodontalbefunds sowie Aufzeichnung des Befunds
1000	Erstellung eines Mundhygienestatus und eingehende Unterweisung zur Vorbeugung gegen Karies und Parodontale Erkrankungen
1010	Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisung
1020	Lokale Fluoridierung zur Verbesserung der Zahnhartsubstanz, zur Kariesvorbeugung und -behandlung, mit Lack oder Gel, je Sitzung
1030	Lokale Anwendung von Medikamenten zur Kariesvorbeugung oder initialen Kariesbehandlung mit einer individuell gefertigten Schiene als Medikamententräger, je Kiefer
1040	Professionelle Zahnreinigung

GOÄ-Ziffer
Ä1 Beratung, auch telefonisch

c) Präventionskurse

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Präventionskurse, die der Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie der Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns dienen und von der Zentralen Prüfstelle Prävention zertifiziert sind.

Die Erstattung erfolgt zu 100 % für bis zu zwei Präventionskurse und bis auf 200 EUR pro Kalenderjahr begrenzt.

Voraussetzung der Erstattung ist, dass eine mindestens 80-prozentige Teilnahme nachgewiesen wird.

Für Kurseinheiten, die bereits vor Versicherungsbeginn stattgefunden haben, erfolgt keine Erstattung.

VIII Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen des § 18 Abs. 1 Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge sowie im Verzeichnis für Vorsorgeleistungen nach Ziffer VII aufgeführten Maßnahmen mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen im Gesundheitswesen anzupassen. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers und der Mitteilung der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt, sofern nicht zum Vorteil des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbandes der privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II Tarifbedingungen (TB/KK) der uniVersa Krankenversicherung a. G.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer

a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlungen und sonst vereinbarte Leistungen,

b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(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,

(2.1) Als Versicherungsfall gilt auch der Schwangerschaftsabbruch, dessen Rechtmäßigkeit den gesetzlichen Vorschriften entsprechend festgestellt ist.

b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) 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 (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, so lange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

(4.1) Abweichend von § 1 (4) und § 15 (3) besteht während eines Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz

- entweder bis zu 36 Monaten, sofern eine Krankheitskostenvollversicherung (mit Anspruch mindestens auf ambulante Leistungen sowie allgemeine Krankenhausleistungen) besteht, deren Versicherungsbeginn mindestens 36 Monate zurückliegt,

- oder bis zu drei Monaten in allen anderen Fällen.

(4.2) Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über die jeweils geltende Leistungsdauer gemäß § 1 (4.1) hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

(4.3) Dauert der Aufenthalt im außereuropäischen Ausland über die jeweils geltende Leistungsdauer gem. § 1 (4.1) und (4.2) an, kann der Versicherungsnehmer den Abschluss einer Vereinbarung über die Fortführung der Krankheitskostenvollversicherung beantragen. Der Versicherer ist zur Annahme des Antrages verpflichtet, wenn dieser vor Ablauf

der jeweils gem. § 1 (4.1) und (4.2) geltenden Leistungsdauer beim Versicherer eingeht. Der Versicherer ist jedoch berechtigt, einen angemessenen Beitragszuschlag zu verlangen und/oder die Verlängerung des Versicherungsschutzes zu befristen.

(4.4) Während der Leistungsdauer gem. § 1 (4.1) und (4.2) und solange eine besondere Vereinbarung gem. § 1 (4.3) besteht, ist eine Beendigung der Versicherung nach § 15 (3) ausgeschlossen.

(4.5) Wird vor einem Aufenthalt im außereuropäischen Ausland, der die jeweils geltende Leistungsdauer gem. § 1 (4.1) und (4.2) überschreitet, keine Vereinbarung getroffen, so bleiben 50 % der tariflichen Leistungen erhalten.

(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 hätte.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in andere Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. 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. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – s. Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

(6.1) Zu den erworbenen Rechten gemäß § 1 (6) gehört auch die Risikoeinstufung bei Vertragsabschluss aufgrund des vom Versicherer überprüften Gesundheitszustandes (Risikograd) der versicherten Person. Diese Einstufung darf der Versicherer bei einer Umwandlung in Tarife mit gleichartigem Versicherungsschutz nicht zu Lasten des Versicherungsnehmers unter Hinweis auf eine etwaige im Zieltarif andere Bewertung oder Bewertungsmethode des bei Vertragsbeginn festgestellten Risikogrades ändern.

(6.2) War bei einer Tarifumwandlung nach § 1 (6) für den bisherigen Tarif kein Risikozuschlag vereinbart, ist auch im neuen Tarif, vorbehaltlich der Regelung gemäß § 1 (6.3) kein Risikozuschlag zu bezahlen. War jedoch für den bisherigen Tarif bereits ein Risikozuschlag vereinbart, wird er im neuen Tarif gemäß § 8 a (3) angepasst.

(6.3) Das Recht des Versicherers, bei einer Tarifumwandlung in Zieltarife mit höherem oder umfassenderem Versicherungsschutz nach § 1 (6) Satz 4 für die Mehrleistungen Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse verlangen zu können bleibt unberührt. Ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten.

§ 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 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.

(1.1) Die Bestimmungen über den Beginn des Versicherungsschutzes gelten entsprechend bei der nachträglichen Mitversicherung von Personen.

(1.2) Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes bzw. des erhöhten Versicherungsschutzes eingetreten sind und noch andauern, wird ab dem im Versicherungsschein bezeichneten Beginn der Versicherung oder Vertragsänderung geleistet, jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf der Wartezeiten. Die Pflicht des Versicherungsnehmers zur Anzeige aller im Antrag gefragten Umstände bleibt hiervon unberührt.

(2) 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.

(2.1) Wird ein Kind gemäß § 2 (2) im gleichen Tarif eines versicherten Elternteils mitversichert, beginnt der Versicherungsschutz auch dann ohne Wartezeiten unmittelbar nach der Geburt, wenn für das Kind eine niedrigere oder keine jährliche Selbstbeteiligung gewählt wird.

(2.2) Wird ein Kind gemäß § 2 (2) mitversichert, so besteht auch Versicherungsschutz für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

(3) 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.

(4) Sonderregelung für Beihilfeberechtigte:
Vermindert sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfeanspruch oder entfällt er, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Beihilfeänderung im Rahmen der bestehenden Tarife. Dabei finden die Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tarifierhöhung oder Tarifwechsel) zwar grundsätzlich Anwendung, die erhöhten Leistungen werden jedoch ohne erneute Wartezeit und ohne erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß der Sätze 1 und 2 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Änderung des Beihilfeanspruches gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung oder den Wegfall des Beihilfeanspruches ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Die Gründe für die Änderung des Beihilfeanspruches sind anzugeben und auf Veranlassung des Versicherers nachzuweisen.

(5) § 2 (4) gilt sinngemäß, wenn sich bei einem Versicherten mit Anspruch auf Beihilfe nach den Grundsätzen des öffentlichen Dienstes der Beihilfeanspruch erhöht.

§ 3 Wartezeiten

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate. Sie entfällt

a) bei Unfällen;

b) für den Ehegatten oder Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung beantragt wird.

(3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.

(3.1) Die besonderen Wartezeiten für Zahnbehandlung und Zahnersatz entfallen, wenn die Zahnbehandlung bzw. der Zahnersatz aufgrund eines nach Vertragsabschluss eingetretenen Unfalles notwendig wird.

(4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten aufgrund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.

(4.1) Die allgemeine Wartezeit sowie die besonderen Wartezeiten für Zahn-

behandlung, Zahnersatz, Kieferorthopädie, Entbindung und Psychotherapie können in allen Tarifen erlassen werden, wenn ein ärztliches bzw. zahnärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand der zu versichernden Personen auf einem Vordruck der uniVersa Krankenversicherung a. G. vorgelegt wird.

(4.2) Bei Personen, die mit ihrer Krankheitskostenvollversicherung von einem anderen Unternehmen der privaten Krankenversicherung zur uniVersa wechseln, können die allgemeine Wartezeit und die besonderen Wartezeiten erlassen werden, wenn bestimmte, im Antrag auf Abschluss der Krankenversicherung genannte Voraussetzungen erfüllt sind.

(5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.

(6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

(1.1) Sofern der Tarif eine jährliche Selbstbeteiligung vorsieht, wird diese je versicherte Person von den erstattungsfähigen Kosten berechnet. Auch bei Vorleistung durch eine gesetzliche Krankenkasse oder Ersatzkasse ist diese Selbstbeteiligung vom Versicherungsnehmer in voller Höhe zu tragen.

Beginnt der Vertrag in der zweiten Hälfte eines Kalenderjahres, so ermäßigt sich die Selbstbeteiligung um die Hälfte.

(1.2) Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, werden auch Aufwendungen über den Höchstsätzen der Gebührenordnung für Ärzte/Zahnärzte (GOÄ/GOZ) erstattet, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind und den Anforderungen der jeweiligen Gebührenordnung entsprechen.

(2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.

(2.1) Der versicherten Person steht auch die Wahl unter den approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, die in einem auch zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder in einer Ärztegesellschaft tätig sind, wenn die Abrechnungen nach den jeweils gültigen amtlichen Gebührenordnungen vorgenommen werden. Bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl unter den sozialpädiatrischen Zentren.

(2.2) Zur ambulanten Heilbehandlung gehören auch die im Rahmen einer ambulanten telemedizinischen Behandlung erbrachten ärztlichen Leistungen, die Behandlungen in der Ambulanz eines Krankenhauses, das die Voraussetzungen nach § 4 (4) erfüllt, sowie das ambulante Operieren. Nicht zur ambulanten Heilbehandlung gehören die teilstationäre sowie die vor- und nachstationäre Behandlung.

(2.3) Sofern ein Tarif Leistungen für Heilmittel vorsieht, müssen diese von niedergelassenen Ärzten, Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes oder staatlich geprüften Angehörigen von Heil-/ Hilfsberufen (wie Masseur, medizinischer Bademeister, Physiotherapeut, Krankengymnast, Logopäde, Ergotherapeut und Podologe) erbracht werden.

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

(3.1) Arzneimittel können außer aus der Apotheke auch aus der Internet- oder Versandapotheke bezogen werden, sofern für diese eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in Deutschland vorliegt.

(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 ausrei-

chende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(4.1) Als Krankenhäuser gelten auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette. Bei stationärer Heilbehandlung in anderen Einrichtungen der Bundeswehr oder sonstiger kasernierter Einheiten (Sanitätsbereich, Revier oder dgl.) wird die Hälfte des vereinbarten Krankenhaustagegeldes gezahlt.

(4.2) In Tarifen mit Leistungen bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenhäusern erstreckt sich der Versicherungsschutz auf vollstationäre Behandlungen. Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, besteht für teilstationäre sowie für vor- und nachstationäre Behandlungen keine Leistungspflicht.

(4.3) Erstattungsfähig sind nach Vorleistung der Pflegepflichtversicherung 100 % der verbleibenden Aufwendungen für stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem von der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, wenn die versicherte Person keiner stationären Behandlung in einem Krankenhaus bedarf und eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie des Versicherten nicht erfolgen kann. Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

(5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(5.1) Abweichend von § 4 (5) kann sich der Versicherer auf eine fehlende Leistungszusage nicht berufen, wenn

- a) es sich um eine Notfallanweisung handelte, oder
- b) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnortes des Versicherten war, oder
- c) während des Aufenthaltes in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte oder
- d) sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt verordnete weitere Heilbehandlung in einer anderen Krankenanstalt anschließt und diese Heilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern (Anschlussheilbehandlung).

(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 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.

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 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 Kostenvorschlag 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.

(8) 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.

(9) Für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gelten die Bestimmungen der Satzung.

Danach darf die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nur zur Ausschüttung an die Mitglieder verwendet werden. Als Form der Ausschüttung kann die Mitgliedervertretung wählen:

- Auszahlung an die Mitglieder
- Beitragsgutschrift
- Leistungserhöhung
- Beitragssenkung
- Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Minderung von Beitragserhöhungen.

Die Mitgliedervertretung bestimmt, für welche Tarife und in welcher Höhe die Beitragsrückerstattung ausgezahlt wird, sowie nach welchen Bemessungsgrundsätzen.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

a) für 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;

(1.1) Während der ersten beiden Monate eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland wird auch für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen geleistet, die durch Kriegsereignisse verursacht worden sind. Keine Kriegsereignisse im Sinne von § 5 (1) a) sind Terroranschläge.

Für Wehrdienstbeschädigungen, die nach Versicherungsbeginn eintreten, wird unter Beachtung von § 5 (3) geleistet.

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;

(1.2) Abweichend von § 5 (1) b) sind in der Krankheitskostenvollversicherung, bei der die Beiträge für die Tarife für ambulante und stationäre Heilbehandlung geschlechtsunabhängig erhoben werden, die Aufwendungen für die Behandlung von stoffgebundenen Abhängigkeitserkrankungen (Suchterkrankungen) mit Ausnahme von Nikotinsucht nach folgenden Maßgaben erstattungsfähig:

- Ein Anspruch besteht für insgesamt bis zu drei Entwöhnungsbehandlungen während der gesamten Laufzeit des Versicherungsvertrages,
- hinsichtlich der Entwöhnungsbehandlung kann kein gesetzlicher Rehabilitationsträger oder sonstige Leistungserbringer in Anspruch genommen werden,
- die Aufwendungen für eine Entwöhnungsbehandlung im ambulanten Rahmen sind bis zu einer Dauer von sechs Monaten erstattungsfähig,
- die Aufwendungen für eine Entwöhnungsbehandlung im stationären Rahmen sind bis zu einer Dauer von drei Monaten erstattungsfähig. Erstattungsfähig sind dabei die allgemeinen Krankenhausleistungen (ohne Wahlleistungen) in Krankenhäusern, die der Bundespflegegesetzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegen,
- der Versicherer hat vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Leistungszusage erteilt,
- die erstattungsfähigen Aufwendungen werden zu 70 % erstattet.

c) 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 Leis-

tungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

(1.3) Leistungspflicht besteht für künstliche oder extrakorporale Befruchtung, wenn eine organbedingte Sterilität der versicherten Person vorliegt und die Befruchtung nach objektiver medizinischer Feststellung das einzige Mittel zur Herbeiführung einer Schwangerschaft ist. Erstattungsfähig sind bei begründeter Erfolgsaussicht die Aufwendungen für bis zu fünf Behandlungen.

d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;

(1.4) Abweichend von § 5 (1) d) sind in der Krankheitskostenvollversicherung die Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen im tariflichen Rahmen erstattungsfähig, wenn hinsichtlich der Maßnahme kein gesetzlicher Rehabilitationsträger in Anspruch genommen werden kann. Eine Anschlussheilbehandlung in diesem Sinne liegt vor, wenn sich innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung einer Krankenhausbehandlung, für die Leistungspflicht besteht, eine vom Krankenhausarzt verordnete weitere Heilbehandlung in einer anderen Krankenanstalt oder im ambulanten Rahmen anschließt und diese Heilbehandlung notwendig ist, um die zuvor im Krankenhaus behandelte Krankheit zu heilen oder zu bessern.

e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswort unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

(1.5) Abweichend von § 5 (1) e) erstreckt sich der Versicherungsschutz auf die ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort.

f) entfallen

g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(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.

(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.

(1.1) Die Nachweise sind in Urschrift vorzulegen. Sie müssen den Namen der behandelten Person und die klinische Bezeichnung der behandelten Krankheit enthalten.

Bei Kostenbeteiligung eines anderen Versicherers genügt die Vorlage von Zweitschriften der Nachweise mit Erstattungsvermerk.

(1.2) Auf den Nachweisen müssen außerdem, wenn Kostenersatz beansprucht wird, die einzelnen Leistungen mit den Behandlungsdaten, bei Krankenhausbehandlung die Art der Unterbringung und, wenn Krankenhaustagegeld beansprucht wird, der Aufnahme- und Entlassungstag angegeben sein.

(1.3) Nachweise in Fremdsprache sind auf Verlangen des Versicherers auf Kosten des Anspruchsstellers zu übersetzen.

(1.4) Aufwendungen für Arznei- und Heilmittel werden nur erstattet, wenn die entsprechenden Nachweise zusammen mit denjenigen des Behandlers vorgelegt werden.

(1.5) Kosten gelten an dem Tag als entstanden, an dem die Heilbehandlung ausgeführt worden ist, bzw. die Arzneien, die Verband-, Heil- und Hilfsmittel bezogen wurden.

(2) Im übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (s. 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.

(3.1) Sind begründete Zweifel an der Empfangsberechtigung bekannt, wird der Versicherer Leistungen an den Versicherungsnehmer auszahlen.

(4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.

(4.1) 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. Der versicherten Person bleibt in jedem Fall vorbehalten, durch Bankbeleg nachzuweisen, dass sie die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat und dies durch eine Änderung der Währungsparitäten bedingt war.

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

(5.1) Wenn dem Versicherer ein inländisches Konto zur Überweisung von Leistungen angegeben wird, werden keine Kosten für die Überweisung abgezogen.

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) 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, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(1.1) Wird der Versicherungsvertrag vor dem Versicherungsbeginn geschlossen, so ist der erste Jahresbeitrag bzw. die erste monatliche Beitragsrate am Tage des Versicherungsbeginns fällig, auch wenn der Versicherungsschein vorher ausgehändigt wird.

(1.2) Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 (2) bzw. adoptierten Kindern gemäß § 2 (3) ist der Beitrag von dem auf die Geburt bzw. Adoption folgenden Monat an zu entrichten.

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der

Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

- (4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.
- (5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten in nachgewiesener Höhe zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des folgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (s. Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (s. Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhezeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhezeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif.

Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

- (7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (s. 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, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

- (8) 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 (s. 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.

- (8.1) Endet das Versicherungsverhältnis hinsichtlich einer betroffenen versicherten Person aufgrund einer Kündigung nach § 13 (3) nicht zum Letzen eines Monats, verzichtet der Versicherer auf den Beitrag dieses Monats.

- (9) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8 a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

- (1.1) Als Eintrittsalter gilt der Unterschied an Jahren zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

- (1.2) Kinder können zum Kinderbeitrag bis zu dem Monat versichert werden, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden. Der Kinderbeitrag entfällt mit Beginn des darauf folgenden Monats; ab diesem Zeitpunkt sind die für Erwachsene geltenden Beiträge zu zahlen. Das außerordentliche Kündigungsrecht ist in § 13 (4) geregelt.

- (1.3) Beitragszuschläge für erhöhte Risiken und für Aufenthalte außerhalb Europas können vereinbart werden.

- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltergruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge 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, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit 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. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen und, soweit erforderlich, angepasst.

- (1.1) Für Tarife bei denen die Beiträge geschlechtsabhängig erhoben werden gilt:

Der tariflich festzulegende Vomhundertsatz gemäß § 8 b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen zehn Prozent. In den Tarifen VE, EZ, EZ-E und der Tarifstufe A 1360 ist eine Beitragsanpassung gemäß § 8 b möglich, wenn die dort genannte Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als

fünf Prozent ergibt. Der gesetzlich festgelegte Vomhundertsatz gemäß § 8 b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeiten fünf Prozent.

Für Tarife bei denen die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden gilt:

Der tariflich festzulegende Vomhundertsatz gemäß § 8 b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Versicherungsleistungen fünf Prozent. Der gesetzlich festgelegte Vomhundertsatz gemäß § 8 b (1) beträgt für die Gegenüberstellung der Sterbewahrscheinlichkeiten fünf Prozent.

(1.2) In Krankenhauskostentariifen wird jeweils geprüft, ob und inwieweit eine Anpassung des vorgesehenen Krankenhaustagegeldes erforderlich ist.

(2) (entfallen)

(3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.

(1.1) Auf die Anmeldung einer Krankenhausbehandlung wird verzichtet; § 4 (5) bleibt unberührt.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 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.

(3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.

(6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (s. Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (s. Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (s. 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.

(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 Leistung 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 Forderung des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(1.1) Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Jahren geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, sofern nicht fristgerecht gekündigt wird.

(1.2) Das erste Versicherungsjahr beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns. Bestehen beim Versicherer bereits Krankenversicherungsverträge, so endet das erste Versicherungsjahr mit dem Schluss des Versicherungsjahres des zuerst abgeschlossenen Vertrags, das zur Zeit des Vertragsabschlusses läuft. Vertragsänderungen oder nachträgliche Mitversicherung von Personen haben keinen Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der Gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht insoweit eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.

(3.1) Zur Beitragszahlung bei Kündigungen gemäß § 13 (3) siehe § 8 (8.1).

(3.2) Anstelle der Kündigung gemäß § 13 (3) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen vorübergehend im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird. Dieses Anrecht auf eine solche Fortführung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beim Versicherer in Textform geltend zu machen. Die Fortführung erfolgt dann rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht. Bei späterer Geltendmachung erfolgt die Fortführung ab dem Ersten des Monats, der auf die Vorlage des Nachweises beim Versicherer folgt.

(3.3) Unabhängig von dem Recht auf Fortführung im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung nach § 13 (3.2) kann der Versicherungsnehmer bei Eintritt der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Krankenversicherung die Vereinbarung von Zusatztarifen zur Gesetzlichen Krankenversicherung, in denen die versicherte Person versicherungsfähig ist, ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten verlangen. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrages verpflichtet, soweit der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung und der Gesetzlichen Krankenversicherung zusammen nicht höher und umfassender ist, als der Versicherungsschutz vor Eintritt der Versicherungspflicht. Dieses Anrecht auf eine solche Vereinbarung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht beim Versicherer in Textform geltend zu machen. Die Vereinbarung erfolgt dann rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht.

(4) 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 oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Altersrückstellung berechnet wird, 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.

(4.1) Abweichend von § 13 (4) kann der Versicherungsnehmer bei Entfall des Kinderbeitrages gemäß § 8 a (1.2) das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person auch dann kündigen, wenn sich der Beitrag nicht erhöht.

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person 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 zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.

(8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – s. Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (s. Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

(8.1) § 13 (8) Satz 2 findet insoweit keine Anwendung, wenn die versicherte Person einer vor dem 01.01.2009 abgeschlossenen Krankheitskostenvollversicherung nach dem 31.12.2008 in Tarife gewechselt ist, für die ein Übertragungswert aufgebaut wird.

(9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.

(10) 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.

(10.1) Abweichend von § 13 (10) ist die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der Versicherung mitzuteilen.

(11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – s. Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (s. Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.

(2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Absatz 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.

(2.1) Der Versicherer verzichtet auch auf das ordentliche Kündigungsrecht für eine Krankheitskosten-Teilversicherung.

(2.2) Abweichend von § 14 (2) kann der Versicherer frühestens zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer (§ 13 Abs. 1.1) mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

(1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.

(2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 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. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

(3.1) Das Anrecht auf eine Fortführung als Anwartschaftsversicherung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten ab dem Zeitpunkt der Verlegung beim Versicherer in Textform geltend zu machen. Die Fortführung erfolgt dann rückwirkend zum Zeitpunkt der Verlegung. Bei späterer Geltendmachung erfolgt die Fortführung ab Beginn des der Geltendmachung folgenden Monats.

(4) Liegt ein Scheidungsurteil oder ein Aufhebungsurteil vor, dann haben die Ehegatten oder Lebenspartner das Recht, ihre Vertragsteile als selbstständige Versicherungsverhältnisse fortzusetzen. Gleiches gilt, wenn die Ehegatten oder 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 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.

§ 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. 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.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a – 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (s. Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.
- (2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.