

Tarif uni-A für ambulante 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.

Der Abschluss des Tarifes uni-A für ambulante Heilbehandlung setzt voraus, dass für die versicherte Person beim Versicherer eine Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird.

- Krankenfahrräder, z.B. bei Querschnittslähmung,
- elektronische Sprechhilfen nach Kehlkopfoperationen,
- Blindenhund,
- Haarsatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Kontaktlinsen,
- Gehapparate (Rollator, Deltarad, Gehgestell),
- Gehstützen,
- Stützapparate einschließlich Liegeschalen,
- Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz,
- lebenserhaltende Hilfsmittel.

1 Leistungen des Versicherers

Die Höhe der Leistungen richtet sich nach der gewählten Tarifstufe.

1.1 Erstattet werden Aufwendungen für

- Untersuchung, Behandlung und Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Ärzte,
- Pränataldiagnostik bei Vorliegen von Risikofaktoren in der Schwangerschaft,
- ambulante Operationen,
- Labor- und Röntgendiagnostik durch Ärzte,
- Blutdialyse (künstliche Niere),
- Psychoanalyse und Psychotherapie durch Ärzte oder approbierte psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten,
- Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare Arzt zurücklegen müsste,
- Fahrten und Transporte in Notfällen und bei ärztlich attestierter Gehunfähigkeit zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Arzt bzw. Heilpraktiker oder zur ambulanten Behandlung in das nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Krankenhaus,
- Strahlenbehandlung (Röntgen, Radium, Isotopen),
- Arzneien und Verbandmittel,
- Behandlung und Untersuchung durch Heilpraktiker,
- Geburtshilfe (auch Hausgeburt) durch Hebammen bzw. Entbindungspfleger einschließlich einer entsprechend den Bestimmungen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Rechnung gestellten Betriebskostenpauschale bei Entbindung in einem Geburtshaus,
- Vorsorgemaßnahmen bis zu 500 EUR jeweils innerhalb von zwei Kalenderjahren, soweit sie den Leistungsumfang im Sinne von § 1 (2) b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, übersteigen (hierzu gehören z. B. Schutzimpfungen gegen Hepatitis, Tollwut bei Tierhaltern und Jägern, Cholera, Typhus, Gelbfieber, Malaria und andere Tropenkrankheiten, Kurse und Gymnastik zur Geburtsvorbereitung und Rückbildung, Vorsorgekuren),
- Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge,
- Schutzimpfungen (einschließlich Impfstoff) nach dem jeweils aktuellen Impfkalender (Standardimpfungen) der Ständigen Impfkommission beim Robert-Koch-Institut (STIKO) für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene,
- Operationen zur Behebung von Fehlsichtigkeit (Maßnahmen der refraktiven Chirurgie) einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen (hierzu gehören z. B. LASIK-Operationen, Femto-LASIK-Behandlungen, LASEK/PRK-Operationen, Clear-Lens-Exchange).
- kleinere Hilfsmittel.
Das sind:
 - Brillen,
 - Blutzuckermessgerät,
 - Bruchbänder,
 - Bandagen,
 - Einlagen,
 - Leibbinden,
 - Kompressionsstrümpfe und
 - Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung.
- weitere Hilfsmittel in einjährigen Abständen.

Hierzu gehören z.B.:

- orthopädische Schuhe,
- Hörhilfen (elektronische Hörgeräte),
- Heimdialysegeräte bei Nierenversagen,
- Körperersatzstücke,

- Reparatur, Wartung und Unterweisung im Gebrauch von Hilfsmitteln,
- die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist,
- 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,
- Stimm-, Sprech- und Sprachübungen (Logopädie),
- Ergotherapie,
- Hippotherapie,
- medizinische Fußpflege (Podologie),

einschließlich ärztlich verordneter medizinisch notwendiger Hausbesuche und Fahrtkosten bei ärztlich verordneten medizinisch notwendigen Hausbesuchen.

- Erstattungsfähig sind der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zu einer Dialysebehandlung, einer Chemo- oder Strahlenbehandlung, wenn der Versicherer vor Beginn des Transports eine schriftliche Zusage erteilt hat.
- Erstattungsfähig ist der medizinisch notwendige Hin- und Rücktransport zum und vom nächstgelegenen, nach medizinischen Kriterien geeigneten Arzt, wenn die versicherte Person pflegebedürftig nach Pflegegrad 3, 4 oder 5 ist.
- Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztlich verordnete, medizinisch notwendige häusliche Behandlungspflege (z. B. Verbandwechsel, Wundversorgung, Katheterwechsel, Injektionen) durch staatlich geprüfte Pflegefachkräfte, mit dem Ziel, die ärztliche Behandlung zu sichern (Sicherungspflege) oder eine Krankenhausbehandlung zu vermeiden bzw. zu verkürzen (Krankenhausvermeidungspflege). Versichert sind dabei alle Einrichtungen, die auch ein Arzt nach der geltenden Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erbringen darf. Die Aufwendungen für einzelne Einrichtungen dürfen nicht höher sein als vergleichbare ärztliche Leistungen.
- Erstattungsfähig sind die Kosten für ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V, sofern die Leistungserbringer über einen rechtswirksamen Versorgungsvertrag nach § 132d SGB V verfügen.
- 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.

1.2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- Nähr-, Stärkungs-, Anregungsmittel und ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, Badezusätze, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden (keine Nähr- und Stärkungsmittel in diesem Sinne sind Mittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden),
- die Beschaffung oder Miete von Heilapparaten aller Art, sanitäre Bedarfsartikel, Fieberthermometer, Heizkissen und dergleichen,
- 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,
- Beseitigung von Schönheitsfehlern. Hierzu zählen nicht medizinische notwendige kosmetische Behandlungen wegen Krankheit oder Unfallfolgen.

2 Tarifstufen / Höhe der Leistungen

2.1 Erstattungsprozentsätze und kalenderjährliche Selbstbeteiligung

Tarifstufen	Erstattung	Selbstbeteiligung je Kalenderjahr
Tarif uni-A 100	100 %	ohne Selbstbeteiligung
Tarif uni-A 155	100 %	155 EUR
Tarif uni-A 310	100 %	310 EUR
Tarif uni-A 620	100 %	620 EUR
Tarif uni-A 1360	100 %	1.360 EUR
Tarif uni-A 80	Die Aufwendungen für alle Behandlungen in einem Kalenderjahr werden bis zum Rechnungsbetrag von 2.500 EUR mit 80 %, darüber hinaus mit 100 % erstattet.	
Tarif uni-A 50	50 %	ohne Selbstbeteiligung
Tarif uni-A 45	45 %	ohne Selbstbeteiligung
Tarif uni-A 40	40 %	ohne Selbstbeteiligung
Tarif uni-A 35	35 %	ohne Selbstbeteiligung
Tarif uni-A 30	30 %	ohne Selbstbeteiligung
Tarif uni-A 25	25 %	ohne Selbstbeteiligung
Tarif uni-A 20	20 %	ohne Selbstbeteiligung
Tarif uni-A 20R	20 %	ohne Selbstbeteiligung
Tarif uni-A 15	15 %	ohne Selbstbeteiligung
Tarif uni-A 10	10 %	ohne Selbstbeteiligung

3 Sonderbedingungen

Die Sonderbedingungen gelten nur, wenn sie besonders vereinbart und im Versicherungsschein beurkundet sind.

- a) Die Tarifbeiträge ermäßigen sich um 40 %, wenn auf Leistungen für ärztliche Honorare verzichtet wird.
- b) Die Tarifbeiträge ermäßigen sich um 15 %, wenn auf Leistungen für Arznei- und Verbandmittel verzichtet wird.

Ändern sich Tarifbeiträge, so ändern sich die ermäßigten Beiträge entsprechend.

Die vereinbarten Beitragsnachlässe können mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders auch mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse geändert werden. § 8b, Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, gilt entsprechend.

4 Versicherungsfähigkeit in der Tarifkombination uni-A 30 + uni-A 20R

- 4.1 Die Tarifstufe uni-A 20R kann für eine versicherte Person nur zusammen mit der Tarifstufe uni-A 30 bestehen.
- 4.2 Die Wahl der Tarifkombination uni-A 30 + uni-A 20R setzt voraus, dass der Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person nach den maßgeblichen Beihilfevorschriften mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50 % auf 70 % erhöht wird. Sollte vorher bereits bekannt sein, dass diese Voraussetzung nicht eintritt, ist stattdessen die Tarifstufe uni-A 50 zu wählen.
- 4.3 Solange der Beihilfebemessungssatz 50 % beträgt – längstens jedoch bis zum Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze der versicherten Person –, beträgt der prozentuale Erstattungssatz nach der Tarifkombination uni-A 30 + uni-A 20R 50 % der erstattungsfähigen Leistungen. Bei Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes auf 70 % reduziert sich der Erstattungssatz durch Umstellung in die Tarifstufe uni-A 30 auf 30 % unter Anrechnung der erworbenen Rechte.
- 4.4 Sollte die Umstellung auf die Tarifstufe uni-A 30 mit dem Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50 %iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist ein Tarifwechsel in die Tarifstufe uni-A 50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen, wobei sich dann ein höherer Beitrag ergibt.

Ergänzungstarif uni-ZA für Zahnbehandlung und Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung, für funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen sowie für vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen

(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.

1 Versicherungsfähigkeit

1.1 Der Abschluss des Ergänzungstarifes uni-ZA setzt voraus, dass beim Versicherer eine Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird (Grundtarife).

1.2 Fällt ein Grundtarif fort, so endet zum selben Zeitpunkt auch der Ergänzungstarif uni-ZA.

Der Erstattungsprozentsatz im Ergänzungstarif uni-ZA darf nicht höher sein als im Grundtarif für ambulante Heilbehandlung. Bei Herabsetzung des Erstattungsprozentsatzes im Grundtarif für ambulante Heilbehandlung wird zum selben Zeitpunkt auch die Stufe des Tarifes uni-ZA entsprechend herabgesetzt.

2 Leistungen des Versicherers

2.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz durch Ersatz der Kosten einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten sowie die in der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) vorgesehenen Zusatz- und Begleitleistungen (z. B. OP-Mikroskop, Anwendung eines Lasers) für

2.1.1 Vorbeugende Maßnahmen

Kosten für vorbeugende zahnärztliche Maßnahmen sind die Gebühren zur Erstellung eines Mundhygienestatus, Vorbeugung gegen Karies und parodontale Erkrankungen (professionelle Zahnreinigung/Zahnprophylaxe).

2.1.2 Zahnbehandlung

Kosten für Zahnbehandlung sind die Gebühren für allgemeine, konservierende (außer bei der Versorgung mit Kronen) und chirurgische zahnärztliche Leistungen, sowie für Maßnahmen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums.

Hierzu gehören insbesondere auch:

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

2.1.3 Zahn- und Kieferregulierung

Kosten für Zahn- und Kieferregulierung sind die Gebühren für zahnärztliche Leistungen zur Beseitigung oder Besserung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen.

2.1.4 Zahnersatz

Kosten für Zahnersatz sind die zahnärztlichen Gebühren für prothetische Leistungen, Kronen und Implantate, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen sowie alle damit im Zusammenhang stehenden Maßnahmen und die erforderlichen Vor- und Nachbehandlungen.

Hierzu 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),
- DROS-Schienen.

2.1.5 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.

2.2 Die Höhe der Leistungen richtet sich nach der gewählten Tarifstufe.

2.3 Der Leistungsanspruch berechnet sich zu Beginn des Ergänzungstarifs höchstens aus einem erstattungsfähigen Betrag

von 1.550 EUR für alle Behandlungen im ersten Versicherungsjahr,

von 3.100 EUR für alle Behandlungen in den ersten drei Versicherungsjahren,

von 7.700 EUR für alle Behandlungen in den ersten fünf Versicherungsjahren,

von 15.400 EUR für alle Behandlungen in den ersten sieben Versicherungsjahren.

Bei Tarifen mit unterschiedlichen Erstattungsprozentsätzen innerhalb einer Tarifstufe werden auf die Höchstsätze der jeweiligen Versicherungsjahre zuerst die erstattungsfähigen Beträge für Zahnbehandlung/vorbeugende Maßnahmen/Zahn- und Kieferregulierung und danach die erstattungsfähigen Beträge für Zahnersatz/funktionsanalytische und funktionstherapeutische Maßnahmen angerechnet.

Für durch Unfälle notwendig werdende zahnärztliche Behandlung entfällt der Jahreshöchstsatz. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf den Jahreshöchstsatz nicht angerechnet.

2.4 Leistungsvoraussetzungen

Für Zahnersatz (dazu gehören auch Kronen) wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplans des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehenen Behandlungen der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig sind.

Diese Leistungsvoraussetzung gilt nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone.

Die Kosten des Heil- und Kostenplans gehören zu den erstattungsfähigen Behandlungskosten.

3 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Tarifstufen	Erstattung
Tarif uni-ZA 100	100 % vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Zahn- und Kieferregulierung, 80 % Zahnersatz und funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
Tarif uni-ZA 80	80 %
Tarif uni-ZA 90	90 % vorbeugende Maßnahmen, Zahnbehandlung und Zahn- und Kieferregulierung 60 % Zahnersatz und funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen
Tarif uni-ZA 50	50 %
Tarif uni-ZA 45	45 %
Tarif uni-ZA 40	40 %
Tarif uni-ZA 35	35 %
Tarif uni-ZA 30	30 %
Tarif uni-ZA 25	25 %
Tarif uni-ZA 20	20 %
Tarif uni-ZA 15	15 %
Tarif uni-ZA 10	10 %

Tarif uni-ST für stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

(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.

Der Abschluss des Tarifes uni-ST für stationäre Heilbehandlung setzt voraus, dass für die versicherte Person beim Versicherer eine Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für ambulante Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird.

1 Leistungen des Versicherers

Die Höhe der Leistungen richtet sich nach der gewählten Tarifstufe und dem gewählten %-Satz.

1.1 Kostenerstattung

Erstattungsfähig sind

- a) die vom Krankenhaus berechneten Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz und gesondert berechenbare Belegarzthonorare,
- b) die vom Krankenhaus berechneten Kosten für Wahlleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz,
- c) Arzthonorare,
- d) Krankentransportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in einem hierfür vorgesehenen Spezialfahrzeug (einschließlich Rettungshubschrauber).

Zu den erstattungsfähigen Kosten zu a) und b) gehören auch Aufwendungen für

- Isotopenbehandlungen,
- Herz-Lungenmaschine,
- Herzschrittmacher,
- stationäre Blutdialyse (künstliche Niere), Organverpflanzungen,
- künstliche Gelenke,
- Behandlungen in der Intensivstation,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a SGB V,
- 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.

Zu den erstattungsfähigen Kosten gemäß 1.1 gehören auch Aufwendungen für stationäre Psychotherapie.

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.

Falls von einem Krankenhaus nicht nach der Bundespflegesatzverordnung bzw. dem Krankenhausentgeltgesetz abgerechnet wird, gelten die Leistungen der Tarifstufe uni-ST 1 für die „1. Klasse“, der Tarifstufe uni-ST 2 für die „2. Klasse“ und der Tarifstufe uni-ST 3 für die „3. Klasse“.

1.1.1 Kostenerstattung aus Tarifstufe uni-ST 1

Aus Tarifstufe uni-ST 1 sind alle Kosten gemäß 1.1 erstattungsfähig.

1.1.2 Kostenerstattung aus Tarifstufe uni-ST 2

Bei Unterbringung im Zweibett- oder Mehrbettzimmer sowie bei vor- und nachstationärer Behandlung sind alle Kosten gemäß 1.1 erstattungsfähig. Bei Unterbringung im Einbettzimmer werden für die Kostenerstattung gemäß 1.1 b die Kosten zugrundegelegt, die bei Aufenthalt im Zweibettzimmer entstanden wären. Die Kosten gemäß 1.1 a, 1.1 c und 1.1 d bleiben auch bei Aufenthalt im Einbettzimmer voll erstattungsfähig.

1.1.3 Kostenerstattung aus Tarifstufe uni-ST 3

Bei der Nichtinanspruchnahme von Wahlleistungen für gesondert berechenbare Unterkunft gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz sowie bei vor- und nachstationärer Behandlung sind alle Kosten gemäß 1.1 a und 1.1 d erstattungsfähig; nicht jedoch Kosten nach 1.1 b und 1.1 c.

Bei der Inanspruchnahme von Wahlleistungen für gesondert berechenbare Unterkunft gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz werden die Kosten nach 1.1 a, 1.1 b und 1.1 c bei Unterbringung im Einbettzimmer zur Hälfte und bei Unterbringung im Zweibettzimmer mit zwei Dritteln erstattet.

Die Kosten gemäß 1.1 d sind auch bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen sowie bei vor- und nachstationärer Behandlung voll erstattungsfähig.

1.2 Krankenhaustagegeld neben oder anstelle von Kostenerstattung gem. 1.1

Zum Ausgleich ersparter Kosten besteht neben oder anstelle von Kostenerstattung gemäß 1.1 Anspruch auf die nachstehenden Krankenhaustagegelder für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung.

		aus Tarifstufe uni-ST 1/100	aus Tarifstufe uni-ST 2/100
		EUR	EUR
1.2.1	Bei vollstationärer Unterbringung im Einbettzimmer ohne gesonderte Berechnung der ärztlichen Leistungen (Verzicht auf privatärztliche Behandlung)	60,-	
1.2.2	Bei vollstationärer Unterbringung im Zweibettzimmer mit gesonderter Berechnung der ärztlichen Leistungen	30,-	
1.2.3	Bei vollstationärer Unterbringung im Zweibettzimmer ohne gesonderte Berechnung der ärztlichen Leistungen (Verzicht auf privatärztliche Behandlung)	90,-	60,-
1.2.4	Bei vollstationärer Unterbringung im Mehrbettzimmer mit gesonderter Berechnung der ärztlichen Leistungen	60,-	30,-
1.2.5	Bei vollstationärer Unterbringung im Mehrbettzimmer ohne gesonderte Berechnung der ärztlichen Leistungen (Verzicht auf privatärztliche Behandlung)	120,-	90,-

1.3 Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenerstattung

Bei Verzicht auf jegliche Kostenerstattung gemäß 1.1 zahlt der Versicherer für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld aus der

Tarifstufe uni-ST 1/100 = 245,- EUR
 Tarifstufe uni-ST 2/100 = 215,- EUR
 Tarifstufe uni-ST 3/100 = 125,- EUR

1.4 Krankenhaustagegelder bei vereinbarten niedrigeren Erstattungsprozentsätzen

Bei vereinbarten niedrigeren Erstattungsprozentsätzen werden die Krankenhaustagegeldleistungen gemäß 1.2 und 1.3 entsprechend dem Erstattungsprozentsatz gekürzt und auf volle EUR aufgerundet.

1.5 Lebendorgan- oder Stammzellenspende

Erstattungsfähig sind bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung Kosten für den Spender einer Lebendorgan- oder Stammzellenspende, 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
- 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 Verdienstausschlag 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.

2 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Tarifstufen	Einbettzimmer mit einer Erstattung von
Tarif uni-ST 1/100	100 %
Tarif uni-ST 1/50	50 %
Tarif uni-ST 1/45	45 %
Tarif uni-ST 1/40	40 %
Tarif uni-ST 1/35	35 %
Tarif uni-ST 1/30	30 %
Tarif uni-ST 1/25	25 %
Tarif uni-ST 1/20	20 %
Tarif uni-ST 1/20R	20 %
Tarif uni-ST 1/15	15 %
Tarif uni-ST 1/10	10 %

Tarifstufen	Zweibettzimmer mit einer Erstattung von
Tarif uni-ST 2/100	100 %
Tarif uni-ST 2/50	50 %
Tarif uni-ST 2/45	45 %
Tarif uni-ST 2/40	40 %
Tarif uni-ST 2/35	35 %
Tarif uni-ST 2/30	30 %
Tarif uni-ST 2/25	25 %

Tarif uni-ST 2/20	20 %
Tarif uni-ST 2/20R	20 %
Tarif uni-ST 2/15	15 %
Tarif uni-ST 2/10	10 %

Tarifstufen	Mehrbettzimmer mit einer Erstattung von
Tarif uni-ST 3/100	100 %
Tarif uni-ST 3/50	50 %
Tarif uni-ST 3/45	45 %
Tarif uni-ST 3/40	40 %
Tarif uni-ST 3/35	35 %
Tarif uni-ST 3/30	30 %
Tarif uni-ST 3/25	25 %
Tarif uni-ST 3/20	20 %
Tarif uni-ST 3/20R	20 %
Tarif uni-ST 3/15	15 %
Tarif uni-ST 3/10	10 %

3 Versicherungsfähigkeit in den Tarifkombinationen uni-ST 1/30 + uni-ST 1/20R, uni-ST 2/30 + uni-ST 2/20R sowie uni-ST 3/30 + uni-ST 3/20R

- Die Tarifstufe uni-ST 1/20R kann für eine versicherte Person nur zusammen mit der Tarifstufe uni-ST 1/30 bestehen.
- Die Wahl der Tarifkombination uni-ST 1/30 + uni-ST 1/20R setzt voraus, dass der Beihilfebemessungssatz für die versicherte Person nach den maßgeblichen Beihilfavorschriften mit Eintritt des Versorgungsfalles von 50 % auf 70 % erhöht wird. Sollte vorher bereits bekannt sein, dass diese Voraussetzung nicht eintritt, ist stattdessen die Tarifstufe uni-ST 1/50 zu wählen.
- Solange der Beihilfebemessungssatz 50 % beträgt – längstens jedoch bis zum Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze der versicherten Person –, beträgt der prozentuale Erstattungssatz nach der Tarifkombination uni-ST 1/30 + uni-ST 1/20R 50 % der erstattungsfähigen Leistungen. Bei Erhöhung des Beihilfebemessungssatzes auf 70 % reduziert sich der Erstattungssatz durch Umstellung in die Tarifstufe uni-ST 1/30 auf 30 % unter Anrechnung der erworbenen Rechte.
- Sollte die Umstellung auf die Tarifstufe uni-ST 1/30 mit dem Erreichen der gesetzlichen Altersgrenze nicht bedarfsgerecht sein, da weiterhin ein 50 %iger Versicherungsschutz benötigt wird, so ist ein Tarifwechsel in die Tarifstufe uni-ST 1/50 unter Anrechnung der erworbenen Rechte vorzunehmen, wobei sich dann ein höherer Beitrag ergibt.
- Die Ziffern 3.1 bis 3.4 gelten für die Tarifkombinationen uni-ST 2/30 + uni-ST 2/20R sowie uni-ST 3/30 + uni-ST 3/20R sinngemäß.

Tarif uni-SZ für stationäre Heilbehandlung und Entbindung im Krankenhaus

(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.

Erfolgt die Versicherung zur Ergänzung einer Krankheitskostenvollversicherung, setzt der Abschluss des Tarifes uni-SZ voraus, dass für die versicherte Person beim Versicherer eine Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird.

1 Leistungen des Versicherers

1.1 Kostenersatz

1.1.1 Nach Vorleistung des gesetzlichen Versicherers sind erstattungsfähig:

- a) die vom Krankenhaus berechneten Kosten der Wahlleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz,
- b) Arzthonorare,
- c) Transportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus.

Zu den erstattungsfähigen Kosten gehören auch Aufwendungen für

- Isotopenbehandlungen,
- eiserne Lunge,
- Herzschrittmacher,
- stationäre Blutdialyse (künstliche Niere),
- Organverpflanzungen,
- teilstationäre Behandlungen,
- vor- und nachstationäre Behandlungen gemäß § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Zu den erstattungsfähigen Kosten gemäß 1.1.1 gehören auch Aufwendungen für stationäre Psychotherapie.

1.1.2 Falls ein Krankenhaus nicht nach Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz abrechnet, sind die Mehrkosten für die bessere Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer erstattungsfähig.

1.1.3 Wenn kein gesetzlicher Versicherer leistungspflichtig ist, werden die Kosten erstattet, die über den Leistungsumfang der gesetzlichen Versicherung hinausgehen.

1.1.4 Nimmt eine gesetzliche Krankenkasse Abzüge gemäß § 39 (2) SGB V vor, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus gewählt hat, so werden auch die dadurch entstehenden Mehrkosten mit 100 % erstattet.

1.2 Krankenhaustagegeld neben Kostenersatz

Wird vom Versicherungsnehmer nur auf eine der nachstehenden Leistungen verzichtet, zahlt der Versicherer für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus

- bei Verzicht auf privatärztliche Behandlung
60 EUR Krankenhaustagegeld
- bei Verzicht auf die Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer
40 EUR Krankenhaustagegeld.

1.3 Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenersatz

Anstelle der Leistungen gemäß 1.1 und 1.2 zahlt der Versicherer für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus 100 EUR Krankenhaustagegeld, wenn auf Kostenersatz verzichtet wird oder dies für den Versicherungsnehmer günstiger ist.

2 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Tarif uni-SZ II plus für stationäre Heilbehandlung und Entbindung sowie ambulante Operationen im Krankenhaus

(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.

Erfolgt die Versicherung zur Ergänzung einer Krankheitskostenvollversicherung, setzt der Abschluss des Tarifes uni-SZ II plus voraus, dass für die versicherte Person beim Versicherer eine Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird.

Leistungen des Versicherers

1 Stationäre Heilbehandlung im Krankenhaus

1.1 Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung oder Entbindung die Aufwendungen, die über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der Beihilfe bzw. der freien Heilfürsorge hinausgehen, und zwar:

- a) die vom Krankenhaus gesondert berechenbaren Kosten (Zuschlag) für eine bessere Unterbringung im Zweibettzimmer (Wahlleistung Unterkunft);
- b) bei privatärztlicher Behandlung die gesondert berechenbaren Arzthonorare (ärztliche Wahlleistungen);
- c) Krankentransportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus, sofern unmittelbar eine vollstationäre Behandlung vorgesehen ist bzw. stattfand.

Zu den erstattungsfähigen Kosten gemäß 1.1. gehören auch Aufwendungen für stationäre Psychotherapie.

Die Aufwendungen gemäß a) und b) sind auch bei teilstationären Behandlungen sowie bei vor- und nachstationären Behandlungen gemäß § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erstattungsfähig.

1.2 Wird die versicherte Person in einem Einbettzimmer untergebracht, werden für die Versicherungsleistungen nach Abschnitt 1.1 a) die gesondert berechenbaren Kosten berücksichtigt, die bei einer Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären. Können solche Kosten nicht nachgewiesen werden, gelten 50 % des Zuschlages für die Unterbringung im Einbettzimmer als erstattungsfähig.

1.3 Nimmt eine gesetzliche Krankenkasse Abzüge gemäß § 39 (2) SGB V vor, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus gewählt hat, so werden die dadurch entstehenden Mehrkosten zu 100 % erstattet, soweit sie für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz anfallen.

2 Ambulante Operationen im Krankenhaus

Erstattungsfähig sind ambulante Operationen nach § 115 b SGB V für die die GKV Leistungen erbringt und durch deren Durchführung ein stationärer Krankenhausaufenthalt vermieden wird. Erstattungsfähig sind die nach Vorleistung der GKV verbleibenden Kosten für gesondert berechenbare Arzthonorare.

3 Krankenhaustagegeld neben Kostenerstattung

Der Versicherer zahlt mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus

- a) ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR, wenn für diesen Tag keine Kosten für bessere Unterbringung geltend gemacht werden, oder
- b) ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 60 EUR, wenn für diesen Tag keine Kosten für privatärztliche Behandlung geltend gemacht werden.

4 Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenerstattung

Wenn aus diesem Tarif keinerlei andere Versicherungsleistungen geltend gemacht werden, zahlt der Versicherer mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 90 EUR.

5 Leistungsausschluss

Keine Leistungspflicht besteht für die im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. für die in Beihilfe- oder Heilfürsorgevorschriften vorgesehenen Zuzahlungen (Eigenbeteiligungen).

Tarif uni-SZ II

für stationäre Heilbehandlung und Entbindung im Krankenhaus mit Selbstbeteiligung bei Unterbringung im Zweibettzimmer

(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.

Erfolgt die Versicherung zur Ergänzung einer Krankheitskostenvollversicherung, setzt der Abschluss des Tarifes uni-SZ II voraus, dass für die versicherte Person beim Versicherer eine Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für stationäre Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird.

1 Versicherungsfähigkeit

1.1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig nach Tarif uni-SZ II sind:

- a) Personen, die bei einem Träger der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind;
- b) Beihilfeberechtigte Personen und deren für Beihilfen bei Krankheit berücksichtigungsfähige Angehörige, sofern für diese, im vorstehenden Halbsatz genannten Personen, kein Anspruch auf Beihilfe für Wahlleistungen im Krankenhaus besteht.

1.2 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich dieses Tarifes zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt. Der Versicherer ist berechtigt, über den Wegfall der Versicherungsfähigkeit einen entsprechenden Nachweis zu verlangen.

2 Leistungen des Versicherers

2.1 Kostenerstattung

2.1.1 Erstattungsfähig sind bei stationärer Heilbehandlung oder Entbindung die Aufwendungen, die über den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der Beihilfe hinausgehen, und zwar:

- a) die vom Krankenhaus gesondert berechenbaren Kosten (Zuschlag) für eine bessere Unterbringung im Zweibettzimmer;
- b) bei privatärztlicher Behandlung die gesondert berechenbare Arzthonorare;
- c) Krankentransportkosten zum und vom nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus, sofern unmittelbar eine vollstationäre Behandlung vorgesehen ist bzw. stattfand.

Zu den erstattungsfähigen Kosten gemäß 2.1.1. gehören auch Aufwendungen für stationäre Psychotherapie.

Die Aufwendungen gemäß a) und b) sind auch bei teilstationären Behandlungen sowie bei vor- und nachstationären Behandlungen gemäß § 115 a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erstattungsfähig.

2.1.2 Wird die versicherte Person in einem Einbettzimmer untergebracht, werden für die Versicherungsleistungen nach Abschnitt 2.1.1 a) die gesondert berechenbaren Kosten berücksichtigt, die bei einer Unterbringung im Zweibettzimmer entstanden wären. Können solche Kosten nicht nachgewiesen werden, gelten 50 % des Zuschlages für die Unterbringung im Einbettzimmer als erstattungsfähig.

2.1.3 Nimmt eine gesetzliche Krankenkasse Abzüge gemäß § 39 (2) SGB V vor, weil der Versicherte ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus gewählt hat, so werden die dadurch entstehenden Mehrkosten zu 100 % erstattet, soweit sie für allgemeine Krankenhausleistungen gemäß Bundespflegesatzverordnung bzw. Krankenhausentgeltgesetz anfallen.

2.1.4 Kosten für die vom liquidationsberechtigten Chefarzt höchstpersönlich erbrachte Leistung der Operation selbst werden im tariflichen Rahmen bis zum 5fachen Satz der Gebührenordnung für Ärzte erstattet, wenn eine rechtsgültige individuelle „abweichende Vereinbarung“ gemäß § 2 der Gebührenordnung für Ärzte getroffen wurde. Das gilt jedoch nicht für sonstige, im Gebührenverzeichnis für ärztliche Leistungen aufgeführte Nummern, insbesondere operationsvorbereitende und -begleitende ärztliche Verrichtungen einschließlich Narkose.

2.2 Selbstbeteiligung bei besserer Unterbringung

2.2.1 Für jeden Tag einer stationären Heilbehandlung oder Entbindung, für den ein Zuschlag für bessere Unterbringung berechnet wird, ist vom Versicherungsnehmer eine Selbstbeteiligung in Höhe dieses Zuschlages, maximal jedoch täglich 25 EUR, zu zahlen. Für jede ununterbrochene stationäre Heilbehandlung oder Entbindung ist diese Selbstbeteiligung für längstens zehn Tage zu zahlen; Beurlaubungen bis zu zwei Tage gelten nicht als Unterbrechung.

2.2.2 Bei der Erstattung von Arzthonoraren, Krankentransportkosten und Aufwendungen gemäß Abschnitt 2.1.3 ist keine Selbstbeteiligung zu zahlen.

2.2.3 Tritt der Versicherungsnehmer mit Zustimmung des Versicherers seine Leistungsansprüche an das Krankenhaus ab und gibt der Versicherer dem Krankenhaus gegenüber eine entsprechende Kostenzusage, kann der Versicherer diese Kostenzusage auch ohne Einschränkung der Selbstbeteiligung geben. Eine solche Kostenzusage bedeutet jedoch keinen Verzicht auf die Selbstbeteiligung. Die Selbstbeteiligung wird in einem solchen Fall mit anderen Versicherungsleistungen - auch aus sonstigen Tarifen - verrechnet oder dem Versicherungsnehmer direkt in Rechnung gestellt. Die Regelungen dieses Absatzes gelten sinngemäß bei der Verwendung der „Card für Privatversicherte“ (PKV-Chipkarte).

2.3 Krankenhaustagegeld neben Kostenerstattung

Der Versicherer zahlt mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus

- a) ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 30 EUR, wenn für diesen Tag keine Kosten für bessere Unterbringung geltend gemacht werden,

oder

- b) ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 60 EUR, wenn für diesen Tag keine Kosten für privatärztliche Behandlung geltend gemacht werden.

2.4 Krankenhaustagegeld anstelle von Kostenerstattung

Wenn aus diesem Tarif keinerlei andere Versicherungsleistungen geltend gemacht werden, zahlt der Versicherer mit Ausnahme des Entlassungstages für jeden Tag einer vollstationären Unterbringung im Krankenhaus ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 90 EUR.

2.5 Leistungseinschränkungen

2.5.1 Für stationäre psychotherapeutische Behandlung besteht der Versicherungsschutz innerhalb eines Kalenderjahres für längstens 30 Behandlungstage. Bei einer über ein Jahresende hinaus gehenden stationären psychotherapeutischen Behandlung beginnt der Versicherungsschutz am 1. Januar erneut, längstens jedoch wieder für 30 Behandlungstage.

2.5.2 Aufwendungen bei stationärer Heilbehandlung wegen Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung sind nur dann mitversichert, wenn sie aufgrund eines Unfalles notwendig werden. Zahntechnische Material- und Laborkosten sind jedoch auch in diesem Fall vom Versicherungsschutz ausgenommen.

2.6 Leistungsausschluss

Keine Leistungspflicht besteht für die im Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. für die in Beihilfavorschriften vorgesehenen Zuzahlungen (Eigenbeteiligungen).

3 Sonderregelung für Neugeborene

Abweichend von § 2 (2) der Allgemeinen Versicherungsbedingungen, Teil I, kann der Versicherer auf Antrag des Versicherungsnehmers bei der Mitversicherung von Neugeborenen ab Geburt auf die Voraussetzung der Mindestvertragsdauer eines Elternteils verzichten.

4 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

Beihilfeergänzungstarif uni-BZ plus für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung sowie für Auslandsreisen

(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 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit, Beendigung, Fortführung der Versicherung

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

- 1.1. Der Abschluss des Beihilfeergänzungstarifs uni-BZ plus setzt voraus, dass bei dem Versicherer für die zu versichernde Person eine beihilfekonforme Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für ambulante, zahnärztliche und stationäre Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird (Grundtarife).
- 1.2. Versicherungsfähig sind Beihilfeberechtigte und deren für Beihilfen bei Krankheit berücksichtigungsfähigen Angehörige.

2. Ende der Versicherungsfähigkeit

Der Tarif uni-BZ plus endet für die versicherte Person mit Wegfall der Voraussetzungen nach Abschnitt I.1 für die Versicherungsfähigkeit, sofern weder eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen noch ein Ruhen der Versicherung vereinbart wird.

II. Leistungen des Versicherers

Der Versicherer erstattet unter Anrechnung von Ansprüchen nach öffentlich-rechtlichen Beihilfavorschriften und von Leistungen des Versicherers aus dem Grundtarif (s. Abschnitt I.1.1.) verbleibende Aufwendungen. Die gewährte Beihilfeleistung ist anhand des Beihilfebescheides nachzuweisen. Soweit Beihilfavorschriften Selbstbeteiligungen (z.B. als Eigenbehalte, Selbstbehalte, Abzugsbeträge, Kostendämpfungspauschale bezeichnet) vorsehen, gehören diese nicht zu den verbleibenden Aufwendungen.

1. Versicherungsleistungen bei Zahnbehandlung und Zahnersatz

- 1.1. Erstattungsfähig sind die besonders berechneten zahntechnischen Material- und Laborkosten sowie Praxiskosten, die bei Zahnbehandlung (Inlays) bzw. Zahnersatz (z.B. Implantate einschließlich Implantatteile, knochenaufbauende Maßnahmen und Knochenersatzmaterial) notwendig werden.
- 1.2. Der Leistungsanspruch für alle erstattungsfähigen Aufwendungen beträgt je versicherte Person und Versicherungsjahr höchstens
- 1.000 EUR im ersten Versicherungsjahr und
3.000 EUR in den ersten drei Versicherungsjahren.
- Ab dem vierten Versicherungsjahr beträgt der Höchstbetrag 6.500 EUR je versicherte Person und Versicherungsjahr.
- 1.3. Material- und Laborkosten sowie Praxiskosten werden für die Berücksichtigung der Höchstbeträge dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt bzw. Kieferorthopäden eingeliert werden.
- 1.4. Die Höchstbeträge gem. Abschnitt II.1.2. gelten nicht für einen nachweislich durch Unfall verursachten Versicherungsfall, sofern sich der Unfall nach Vertragsabschluss ereignet hat.
- 1.5. Für Zahnersatz nach Abschnitt II.1.1 wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehene Behandlung der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig ist.

Diese Leistungsvoraussetzungen gelten nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone.

2. Versicherungsleistungen bei Hilfsmitteln

- 2.1. Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung die Aufwendungen für

- die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge,
- die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist und

- die Beschaffung und die Instandsetzung folgender Hilfsmittel:

a) Kleinere Hilfsmittel.

Das sind:

- Brillengläser und Brillengestelle,
- Blutzuckermessgerät,
- Bruchbänder,
- Bandagen,
- Einlagen,
- Leibbinden,
- Kompressionsstrümpfe und
- Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung.

b) Größere Hilfsmittel in einjährigen Abständen.

Hierzu gehören z.B.:

- orthopädische Schuhe,
- Hörhilfe (elektronisches Hörgerät),
- Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
- Körperersatzstücke,
- Krankenfahrstuhl,
- elektronische Sprechhilfe nach Kehlkopfoperation,
- Blindenhund,
- Haarsersatz (Toupet bzw. Perücke) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlung- oder Operationsnarben,
- Kontaktlinsen,
- Gehapparat (Rollator, Deltarad, Gehgestell),
- Gehstützen,
- 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. Erstattungsfähig sind auch die Kosten für die Unterweisung im Gebrauch und für die Wartung von Hilfsmitteln.

2.2. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- die Beschaffung oder Miete von Heilapparaten aller Art, sanitäre Bedarfsartikel, Fieberthermometer, Heizkissen,
- 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.

3. Versicherungsleistungen bei Heilpraktikerbehandlung und Naturheilverfahren

Aufwendungen für ambulante Untersuchungen und Behandlungen durch Ärzte und Heilpraktiker nach Methoden der Naturheilkunde und

nach außerschulmedizinischen Methoden werden nach der jeweils aktuellen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. dem jeweils aktuellen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) und nach dem jeweils aktuellen Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtlinien (Hufeland-Verzeichnis) erstattet. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für psychotherapeutische Diagnostik und psychotherapeutische Behandlungen.

4. Versicherungsleistungen für Arzneimittel

Erstattet werden die Aufwendungen für vom Arzt, Zahnarzt oder Heilpraktiker verordnete nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Nähr-, Stärkungs-, Anregungsmittel und ähnliche Mittel, auch wenn sie ärztlich verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten, Badezusätze, Desinfektions- und kosmetische Mittel, Brunnenkuren und Mineralwässer sowie Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden (keine Nähr- und Stärkungsmittel in diesem Sinne sind Mittel zur enteralen und parenteralen Ernährung (künstliche Ernährung) sowie Mittel die im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verabreicht werden).

5. Schutzimpfungen aus Anlass einer Auslandsreise

Erstattet werden die Aufwendungen für Schutzimpfungen aus Anlass einer Auslandsreise nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Instituts in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes, sofern sie nicht bereits nach dem Grundtarif erstattet werden.

6. Vorsorgepauschale

Erstattet werden Vorsorgemaßnahmen bis zu 250 EUR jeweils innerhalb von zwei Kalenderjahren, soweit sie den Leistungsumfang im Sinne von § 1 Abs. 2 b) Allgemeine Versicherungsbedingungen, Teil I, übersteigen (hierzu gehören z. B. Schutzimpfungen gegen Hepatitis, Tollwut bei Tierhaltern und Jägern, Präventionskurse, Kurse und Gymnastik zur Geburtsvorbereitung und Rückbildung, Vorsorgekuren).

7. Versicherungsleistungen bei stationärer Heilbehandlung

7.1. Gesondert berechenbare Wahlleistung Unterkunft

Erstattet wird die Differenz zwischen der Wahlleistung Unterkunft im Einbettzimmer zur Wahlleistung Unterkunft im Zweibettzimmer bei stationärer Krankenhausbehandlung und stationärer Entbindung.

7.2. Ersatzkrankenhaustagegeld

Wenn die versicherte Person für die gesamte Dauer der stationären Behandlung auf gesondert berechenbare Wahlleistung Unterkunft im Einbettzimmer verzichtet, erhält der Versicherungsnehmer ersatzweise ein Krankenhaustagegeld von 30 EUR. Bei teilstationärer Behandlung besteht kein Anspruch auf Krankenhaustagegeld.

7.3. Privatkliniken

Erstattet werden bei stationärer Heilbehandlung in einem Krankenhaus, das nicht der Bundespflegegesetzverordnung oder dem Krankenhausentgeltgesetz unterliegt (Privatklinik), die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich ärztlicher und sonstiger therapeutischer Leistungen sowie medizinisch begründeter, nachgewiesener Nebenkosten, wenn auch aus dem Grundtarif eine Erstattung erfolgt ist.

8. Mehrkosten über GOÄ/GOZ-Höchstsätze hinaus

Es werden Aufwendungen über GOÄ/GOZ Höchstsätze hinaus erstattet, sofern sie durch krankheits- bzw. befundbedingte Erschwernisse begründet sind und den Anforderungen der jeweiligen Gebührenordnung entsprechen, wenn auch aus dem Grundtarif eine Erstattung erfolgt ist.

9. Versicherungsleistungen bei Auslandsreisen

9.1. Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten bis zu zwei Monaten ab Beginn einer Reise bei akut eingetretene Krankheiten und Unfälle.

Für chronische Erkrankungen und für bei Beginn des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftige oder in Behandlung stehende Krankheiten besteht Versicherungsschutz insoweit, als im Ausland akut und unvorhersehbar eine erhebliche Verschlimmerung eintritt.

9.2. Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von zwei Monaten nicht übersteigt. Der Versicherer ist berechtigt, über den Beginn und das Ende einer Auslandsreise einen Nachweis zu verlangen. Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle -, wenn sich der Versicherte länger als zwei Monate im Ausland aufhält mit dem Ende des zweiten Aufenthaltsmonats. Endet der Versicherungsschutz während einer Heilbehandlung im Ausland für einen leistungspflichtigen Versicherungsfall, so besteht für weitere drei Monate Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

9.3. Der Versicherungsschutz gilt weltweit; als Ausland gelten alle Staaten mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland.

9.4. Als Versicherungsfall gilt auch die Überführung bzw. Bestattung eines verstorbenen Versicherten.

9.5. Der Versicherer erstattet die im Ausland entstandenen Aufwendungen für

a) Behandlungen durch Ärzte und Fachärzte einschließlich Operationen, Assistenz und Narkose;

b) Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;

c) Arznei- und Verbandmittel, die ärztlich oder zahnärztlich verordnet sind;

d) elektrische und physikalische Heilbehandlung;

e) Unterbringung und Verpflegung, ärztliche Behandlung, Visiten und Sonderleistungen in öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen;

f) die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus bei notwendiger stationärer Behandlung eines mitversicherten minderjährigen Kindes;

g) Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Arzt zurücklegen müsste;

h) Transporte zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus bzw. Arzt und zurück;

i) chirurgische und konservierende Zahnbehandlung einschließlich Vor- und Nachbehandlung;

j) akut notwendig werdende Instandsetzung von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit sowie Provisorien. Zu Zahnersatz gehören (einschließlich erforderlicher Material- und Laborkosten) prothetische Leistungen, Kronen, Implantate, Aufbißbehelfe und Schienen;

k) ärztlich verordnete Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen und Hörgeräten), soweit diese auf der versicherten Reise erstmals erforderlich werden;

l) Instandsetzung von Hilfsmitteln.

9.6. Unter Anrechnung der Aufwendungen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, werden erstattet:

a) Kosten für einen Krankenrücktransport einschließlich der Aufwendungen für eine Begleitperson.

Erstattungsfähig sind dabei die Kosten für einen medizinisch sinnvollen und wirtschaftlich vertretbaren Rücktransport an den unmittelbar vor Antritt der Reise bestehenden ständigen Wohnsitz der versicherten Person oder zu dem von dort aus nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus.

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

Ein Krankenrücktransport im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn er mit einem dafür geeigneten Spezialfahrzeug oder Spezialflugzeug (einschließlich Rettungshubschrauber) durchgeführt wird. Wird ein anderes Transportmittel gewählt, werden die Leistungen nur erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Rückreise schriftlich zugesagt hat;

- b) Kosten der Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland;
- c) Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

Der Versicherer ist berechtigt, einen Nachweis über die Höhe der Kosten zu verlangen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen gemäß Abschnitt II.9.6. geltend gemacht werden.

Die Kostenerstattung gemäß Abschnitt II.9.6. b) und c) ist auf 10.300 EUR begrenzt.

- 9.7. Neben der Krankenhauskostenerstattung gemäß Abschnitt II.9.5. e) wird ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR gezahlt, wenn ein anderer Kostenträger als die Beihilfe mit mindestens 25 EUR täglich vorleistet. Bei Verzicht auf Krankenhauskostenerstattung gemäß Abschnitt II.9.5. e), oder wenn es für den Versicherungsnehmer günstiger ist, wird ein Krankenhaustagegeld von 50 EUR gezahlt.
- 9.8. Die Kosten für im Ausland erbrachte Leistungen von den in Abschnitt II.9.5. genannten Heilbehandlern sind auch dann erstattungsfähig, wenn sie nicht nach den in Deutschland gültigen Gebührenordnungen

für Ärzte (GOÄ), Zahnärzte (GOZ) und Hebammen berechnet sind. Die Erstattungsfähigkeit der Kosten beurteilt sich dann nach dem 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.

- 9.9. Bei Auslandsreisen entfällt abweichend von § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I die allgemeine Wartezeit und die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung.

III. Kalenderjahresregelung

- a) Sind in diesem Tarif Höchstbeträge nach Kalenderjahren vorgesehen, gelten diese jeweils für den Zeitraum vom 1.1. bis 31.12. des Jahres.
- b) Beginnt der Tarif der versicherten Person nicht am 1.1., so gilt die Zeit vom Versicherungsbeginn bis zum 31.12. als erstes Kalenderjahr.

Beihilfeergänzungstarif uni-BZ für Zahnersatz, Hilfsmittel im Rahmen ambulanter Heilbehandlung sowie für Auslandsreisen

(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.

1 Aufnahme- und Versicherungsfähigkeit

1.1 Aufnahmefähigkeit

1.1.1 Der Abschluss des Beihilfeergänzungstarifes uni-BZ setzt voraus, dass für die zu versichernde Person

- a) die Versicherungsfähigkeit nach Abschnitt 1.2 gegeben ist und
- b) beim Versicherer eine beihilfekonforme Versicherung nach einem Tarif mit Kostenerstattung für ambulante und zahnärztliche Heilbehandlung, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird (Grundtarife).

Der Erstattungsprozentsatz des Beihilfeergänzungstarifes uni-BZ gemäß Abschnitt 2.1.1 ist so zu wählen, dass er zusammen mit dem Erstattungsprozentsatz des zahnärztlichen Grundtarifes 100 % nicht überschreitet.

1.1.2 Der Versicherer kann in begründeten Einzelfällen – auch befristet – Ausnahmen von der Aufnahmefähigkeit zulassen.

1.2 Versicherungsfähigkeit

1.2.1 Versicherungsfähig nach dem Beihilfeergänzungstarif uni-BZ sind Beihilfeberechtigte und deren für Beihilfen bei Krankheit berücksichtigungsfähige Angehörige, sofern diese, im vorstehenden Halbsatz genannten Personen, Anspruch auf Beihilfe zu Aufwendungen für zahnärztliche Leistungen nach den Beihilfavorschriften des Bundes haben bzw. einen gleichartigen Anspruch besitzen.

1.2.2 Der Versicherer kann in begründeten Einzelfällen – auch befristet – Ausnahmen von der Versicherungsfähigkeit zulassen.

1.2.3 Nicht versicherungsfähig sind Personen, wenn

- a) für sie als Arbeitnehmer bzw. Angehöriger ein Beitragszuschuss des Arbeitgebers nach § 257 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gezahlt wird;
- b) sie in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert sind;
- c) für sie die Ansprüche auf Beihilfe bei Krankheit entfallen, insbesondere wegen Überschreitens einer in den Beihilfavorschriften enthaltenen Einkommensgrenze;
- d) für deren zahnärztlichen Grundtarif ein Erstattungsprozentsatz von 80 % oder höher vereinbart wird.

1.3 Wegfall der Versicherungsfähigkeit

1.3.1 Der Beihilfeergänzungstarif uni-BZ endet mit Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Abschnitt 1.2, sofern weder eine Anwartschaftsversicherung abgeschlossen noch ein Ruhen der Versicherung vereinbart wird.

1.3.2 Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit nach Abschnitt 1.2 ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt des Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Beihilfeergänzungstarifes uni-BZ empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren. Die Regelung nach Satz 2 gilt sinngemäß, wenn anstelle der Beendigung eine Anwartschaftsversicherung bzw. ein Ruhen vereinbart wird.

1.4 Wegfall bzw. Änderung eines Grundtarifes

1.4.1 Fällt ein Grundtarif (vgl. Abschnitt 1.1.1) weg, so endet zum selben Zeitpunkt auch der Beihilfeergänzungstarif uni-BZ.

1.4.2 Bei Veränderungen des Erstattungsprozentsatzes im zahnärztlichen

Grundtarif ist zum selben Zeitpunkt auch der Erstattungsprozentsatz im Beihilfeergänzungstarif uni-BZ (vgl. Abschnitt 2.1.1) so anzupassen, dass die Summe des Erstattungsprozentsatzes aus dem Beihilfeergänzungstarif uni-BZ und dem zahnärztlichen Grundtarif wieder 100 % nicht überschreitet.

2 Leistungen des Versicherers

2.1 Erstattungsprozentsätze

2.1.1 Der Versicherer ersetzt die nach diesem Tarif erstattungsfähigen, aber nicht beihilfefähigen Aufwendungen der Abschnitte 2.3 und 2.4 zu dem Erstattungsprozentsatz, der sich aus folgender Tabelle ergibt:

Tarifstufe	Erstattungsprozentsatz
uni-BZ 50	50 %
uni-BZ 45	55 %
uni-BZ 40	60 %
uni-BZ 35	65 %
uni-BZ 30	70 %
uni-BZ 25	75 %
uni-BZ 20	80 %
uni-BZ 15	85 %
uni-BZ 10	90 %

Die beihilfefähigen Aufwendungen bestimmen sich dem Grund und der Höhe nach durch die für den Versicherten geltenden Beihilfavorschriften des öffentlichen Dienstes in der jeweils gültigen Fassung.

Bei der Ermittlung der erstattungsfähigen Aufwendungen gemäß Abschnitt 2.3 wird eine Beihilfefähigkeit der zahntechnischen Leistungen von 60% zu Grunde gelegt.

2.1.2 Die erstattungsfähigen Aufwendungen des Abschnittes 2.5 werden – abzüglich der Ansprüche aus öffentlich-rechtlichen Beihilfavorschriften – zu 100 % erstattet.

2.2 Übersteigen die Leistungen der Abschnitte 2.3 bis 2.5 zusammen mit den Ansprüchen aus öffentlich-rechtlichen Beihilfavorschriften und den Leistungen aus dem Grundtarif die dem Grunde nach erstattungsfähigen Aufwendungen, so wird die Leistung aus dem Beihilfeergänzungstarif uni-BZ um den übersteigenden Betrag gemindert.

2.3 Versicherungsleistungen bei Zahnersatz

2.3.1 Erstattungsfähig sind, mit Ausnahme der in Abschnitt 2.3.4 genannten Versorgungsarten, die besonders berechneten zahntechnischen Material- und Laborkosten, die bei Zahnersatz notwendig werden. Zu Zahnersatz gehören prothetische Leistungen, Kronen, Implantate, Aufbissbehelfe und Schienen.

2.3.2 Die Leistung beträgt je versicherte Person und Versicherungsjahr höchstens

4.680 EUR in der Tarifstufe uni-BZ 10,
4.420 EUR in der Tarifstufe uni-BZ 15,
4.160 EUR in der Tarifstufe uni-BZ 20,
3.900 EUR in der Tarifstufe uni-BZ 25,
3.640 EUR in der Tarifstufe uni-BZ 30,
3.380 EUR in der Tarifstufe uni-BZ 35,
3.120 EUR in der Tarifstufe uni-BZ 40,
2.860 EUR in der Tarifstufe uni-BZ 45,
2.600 EUR in der Tarifstufe uni-BZ 50.

In den ersten drei Versicherungsjahren werden jedoch je versicherte Person höchstens erstattet:

Tarifstufe	im ersten Versicherungsjahr	in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen	in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen
uni-BZ 50	550,-	1.100,-	1.650,-
uni-BZ 45	605,-	1.210,-	1.815,-
uni-BZ 40	660,-	1.320,-	1.980,-
uni-BZ 35	715,-	1.430,-	2.145,-
uni-BZ 30	770,-	1.540,-	2.310,-
uni-BZ 25	825,-	1.650,-	2.475,-
uni-BZ 20	880,-	1.760,-	2.640,-
uni-BZ 15	935,-	1.870,-	2.805,-
uni-BZ 10	990,-	1.980,-	2.970,-

Die Material- und Laborkosten werden für die Berücksichtigung der Jahreshöchstsätze dem Versicherungsjahr zugeordnet, in dem die angefertigten Materialien vom Zahnarzt eingegliedert werden.

2.3.3 Für durch Unfall notwendig werdende zahntechnische Material- und Laborkosten bei Zahnersatz entfallen die in Abschnitt 2.3.2 genannten Jahreshöchstsätze. Die Erstattung für solche Maßnahmen wird auf diese Jahreshöchstsätze nicht angerechnet.

2.3.4 Nicht erstattungsfähig sind die Kosten für solche Versorgungsarten, für die die Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes generell keine Beihilfeleistungen vorsehen.

2.3.5 Leistungsvoraussetzungen

Für Zahnersatz wird nur geleistet, wenn und soweit der Versicherer vor Beginn der Behandlung aufgrund eines Heil- und Kostenplanes des Zahnarztes dies schriftlich zugesagt hat. Eine Zusage wird erteilt, wenn die vorgesehene Behandlung der Art und dem Umfang nach medizinisch notwendig ist.

Wird vor Beginn der Behandlung keine Zusage eingeholt, bleibt die Hälfte der tariflichen Leistungen erhalten.

Diese Leistungsvoraussetzungen gelten nicht bei Anfertigung einer Einzelkrone.

2.4 Versicherungsleistungen bei Hilfsmitteln

2.4.1 Erstattungsfähig sind bei ambulanter Heilbehandlung die Aufwendungen für

- die Miete von Überwachungsmonitoren für Säuglinge,
- die Hinzuziehung einer Kommunikationshilfe nach der Kommunikationshilfenverordnung, z. B. Gebärdensprachdolmetscher, Schriftdolmetscher, sofern dies für die Inanspruchnahme der tariflichen Leistungen erforderlich ist und
- die Beschaffung und die Instandsetzung folgender Hilfsmittel:
 - a) Kleinere Hilfsmittel.
Das sind:
 - Brillengläser und Brillengestelle,
 - Blutzuckermessgerät,
 - Bruchbänder,
 - Bandagen,
 - Einlagen,
 - Leibbinden,
 - Kompressionsstrümpfe und
 - Verbrauchsartikel im Rahmen einer Stomaversorgung.
 - b) Größere Hilfsmittel in einjährigen Abständen.
Hierzu gehören z.B.:
 - orthopädische Schuhe,
 - Hörhilfe (elektronisches Hörgerät),

- Heimdialysegerät bei Nierenversagen,
- Körperersatzstücke,
- Krankenfahrstuhl,
- elektronische Sprechhilfe nach Kehlkopfoperation,
- Blindenhund,
- Haarersatz (Toupets bzw. Perücken) bei entstellenden Unfall-, Bestrahlungs- oder Operationsnarben,
- Kontaktlinsen,
- Gehapparat (Rollator, Deltarad, Gehgestell),
- Gehstützen,
- Stützapparate einschließlich Liegeschalen,
- Blutgerinnungsmessgerät bei erforderlicher Dauerantikoagulation und künstlichem Herzklappenersatz,
- lebenserhaltende Hilfsmittel.

2.4.2 Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für

- die Beschaffung oder Miete von Heilapparaten aller Art, sanitäre Bedarfsartikel, Fieberthermometer, Heizkissen,
- 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.

2.5 Versicherungsleistungen bei Auslandsreisen

2.5.1 Der Versicherer bietet Versicherungsschutz bei vorübergehenden Auslandsaufenthalten bis zu zwei Monaten ab Beginn einer Reise für akut eingetretene Krankheiten und Unfälle.

Für chronische Erkrankungen und für bei Beginn des Auslandsaufenthaltes behandlungsbedürftige oder in Behandlung stehende Krankheiten besteht Versicherungsschutz insoweit, als im Ausland akut und unvorhersehbar eine erhebliche Verschlimmerung eintritt.

2.5.2 Der Versicherungsschutz gilt für alle Auslandsreisen, bei denen jeder einzelne Auslandsaufenthalt eine ununterbrochene Verweildauer von zwei Monaten nicht übersteigt. Der Versicherer ist berechtigt, über den Beginn und das Ende einer Auslandsreise einen Nachweis zu verlangen. Der Versicherungsschutz endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – wenn sich der Versicherte länger als zwei Monate im Ausland aufhält mit dem Ende des zweiten Aufenthaltsmonats. Endet der Versicherungsschutz während einer Heilbehandlung im Ausland für einen leistungspflichtigen Versicherungsfall, so besteht für weitere drei Monate Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann.

2.5.3 Der Versicherungsschutz gilt weltweit, denn als Ausland gelten alle Staaten mit Ausnahme der Bundesrepublik Deutschland.

2.5.4 Als Versicherungsfall gilt auch die Überführung bzw. Bestattung eines verstorbenen Versicherten.

2.5.5 Bei Auslandsreisen entfällt abweichend von § 3 Allgemeine Versicherungsbedingungen Teil I die allgemeine Wartezeit und die besondere Wartezeit für Zahnbehandlung.

2.5.6 Der Versicherer erstattet die im Ausland entstandenen Aufwendungen für

- a) Behandlungen durch Ärzte und Fachärzte einschließlich Operationen, Assistenz und Narkose;
- b) Röntgendiagnostik und Strahlentherapie;
- c) Arznei- und Verbandmittel, die ärztlich oder zahnärztlich verordnet sind;
- d) elektrische und physikalische Heilbehandlung;
- e) Unterbringung und Verpflegung, ärztliche Behandlung, Visiten und Sonderleistungen in öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen;
- f) die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus bei notwendiger stationärer Behandlung eines mitversicherten minderjährigen Kindes;

- g) Wegegeld des Arztes für den Weg, den der nächsterreichbare und für die Heilbehandlung geeignete Arzt zurücklegen müsste;
- h) Transporte zum nächsterreichbaren und für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus bzw. Arzt und zurück;
- i) chirurgische und konservierende Zahnbehandlung einschließlich Vor- und Nachbehandlung;
- j) akut notwendig werdende Instandsetzung von Zahnersatz zur Wiederherstellung der Kaufähigkeit sowie Provisorien. Zu Zahnersatz gehören einschließlich erforderlicher Material- und Laborkosten prothetische Leistungen, Kronen, Implantate, Aufbißbehelfe und Schienen;
- k) ärztlich verordnete Hilfsmittel (mit Ausnahme von Sehhilfen und Hörgeräten), soweit diese auf der versicherten Reise erstmals erforderlich werden;
- l) Instandsetzung von Hilfsmitteln.

2.5.7 Unter Anrechnung der Aufwendungen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, werden erstattet:

- a) Kosten für einen medizinisch sinnvollen und wirtschaftlich vertretbaren Rücktransport, einschließlich der Aufwendungen für eine mitversicherte Begleitperson, wenn an Ort und Stelle bzw. in zumutbarer Entfernung eine ausreichende medizinische Behandlung nicht gewährleistet und dadurch eine Gesundheitsschädigung zu erwarten ist. Die Berechtigung des Anspruches auf Transportkosten muss durch Vorlage eines ärztlichen Attestes mit Angabe der Krankheitsbezeichnung nachgewiesen werden;
- b) Kosten der Überführung eines Verstorbenen aus dem Ausland;
- c) Bestattungskosten im Ausland bis zur Höhe der Aufwendungen, die bei einer Überführung entstanden wären.

Der Versicherer ist berechtigt, einen Nachweis über die Höhe der Kosten zu verlangen, die bei planmäßiger Rückreise entstanden wären, wenn Leistungen gemäß Abschnitt 2.5.7 geltend gemacht werden.

Die Kostenerstattung gemäß Abschnitt 2.5.7 b) und c) ist auf 10.300 EUR begrenzt.

2.5.8 Neben der Krankenhauskostenerstattung gemäß Abschnitt 2.5.6 e) wird ein Krankenhaustagegeld von 25 EUR gezahlt, wenn ein anderer Kostenträger als die Beihilfe mit mindestens 25 EUR täglich vorleistet. Bei Verzicht auf Krankenhauskostenerstattung gemäß Abschnitt 2.5.6 e), oder wenn es für den Versicherungsnehmer günstiger ist, wird ein Krankenhaustagegeld von 50 EUR gezahlt.

3 Leistungen des Versicherungsnehmers

Die monatlichen Beiträge teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Sie können sie auch Ihrem Versicherungsschein oder Ihrem Krankenversicherungsangebot entnehmen.

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 Beihilferechtigte:
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.