

Tarifblatt zur DA Direkt Krankenzusatzversicherung

in der Fassung vom 01.04.2024

Dieses Tarifblatt ist Bestandteil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der DA Direkt Krankenzusatzversicherung (AVB) in der Fassung vom 01.04.2024.

I. Budget-Leistungen*

Versicherungsleistungen

im Budget enthalten
(100%-Erstattung innerhalb des
gewählten jährlichen Budgets)

Erweiterte ambulante Vorsorgeuntersuchungen/ individuelle Gesundheitsleistungen (iGeL) durch Ärzte <ul style="list-style-type: none"> Allgemeine Vorsorge Schwangerschafts-Vorsorge Krebs-Vorsorge Kinder- und Jugendlichen-Vorsorge Schutzimpfungen inkl. Reiseschutzimpfungen 				✓
Sehhilfen und augenchirurgische Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> Brillen & Kontaktlinsen (je Versicherungsjahr) LASIK-/LASEK-OP oder refraktiver Linsenaustausch (einmalig für beide Augen) 	Komfort	Premium	Premium Plus	
	100 EUR	200 EUR	300 EUR	
	200 EUR	300 EUR	500 EUR	
Alternativmedizin und medizinisches Botulinumtoxin („Botox“) (je Versicherungsjahr) <ul style="list-style-type: none"> Heilpraktikerleistungen nach Gebüh Naturheilverfahren durch Ärzte nach Hufeland-Verzeichnis Osteopathische und chiropraktische Leistungen Medizinisches „Botox“ zur Schmerz- und Schweißbehandlung 	Komfort	Premium	Premium Plus	
	200 EUR	300 EUR	500 EUR	
Heil- und Hilfsmittel <ul style="list-style-type: none"> Heilmittel wie Massagen, Krankengymnastik, Kinesio-Taping Hilfsmittel wie Hörgeräte, Schuheinlagen, Gehhilfe 				✓
Arznei- und Verbandmittel <ul style="list-style-type: none"> Kassenrezept Privatrezept Rezept für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel 				✓
Zuzahlungen <ul style="list-style-type: none"> Gesetzliche Zuzahlungen nach Sozialgesetzbuch (SGB) V, z.B. Arznei- und Verbandmittel, Transportkosten Unterbringung und Verpflegung des Partners im Familienzimmer bei Entbindung 				✓
Gesundheitsservices über unsere Kooperationspartner				✓

* Bitte beachten Sie die Budgethöhen unter Ziffer II auf der zweiten Seite dieses Tarifblatts.

DA Deutsche Allgemeine
Versicherung Aktiengesellschaft

Sitz der Gesellschaft
Frankfurt am Main
Amtsgericht Frankfurt am Main
(HRB 112118)
Aufsichtsratsvorsitzender
Dr. Carsten Schildknecht
Vorstand Peter Stockhorst (Vors.),
René Billing, Michael Reuter,
Martin Schmidt-Schön

Angaben zur Umsatzsteuer
UStID-Nr. DE 811493175
Versicherungsbeiträge sind
umsatzsteuerfrei
Vers.St-Nr. 807/V90807001512
Bankverbindung
Deutsche Bank AG, Frankfurt am Main
IBAN: DE62 5007 0010 0094 0684 02
BIC: DEUTDEFFXXX

II. Budgethöhen (Erstattungsbeträge in EUR)

Verfügbares Budget pro Versicherungsjahr	Komfort	Premium	Premium Plus	
Verfügbares Budget im ersten Versicherungsjahr		300	600	1.200
Verfügbares Budget im zweiten Versicherungsjahr		400	800	1.600
Verfügbares Budget ab dem dritten Versicherungsjahr		500	1.000	2.000

III. Notfall-Leistungen

Ist in Folge eines Unfalls oder einer schweren Krankheit (gemäß Ziffer 2.1 oder 2.2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der DA Direkt Krankenzusatzversicherung (AVB) in der Fassung vom 01.04.2024) eine stationäre Heilbehandlung erforderlich, können nachfolgende Notfall-Leistungen in Anspruch genommen werden.

Die Notfall-Leistungen werden weder auf die unter Ziffer II. genannten Budgets angerechnet noch sind sie durch diese begrenzt.

Versicherungsleistungen

Versichert
(100%-Erstattung)

Im Krankenhaus

• Gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer	✓
• Privatärztliche Leistungen (z.B. durch Chefarzt) über Höchstsatz (inkl. vor- und nachstationärer Behandlung)	✓
• Ambulante, stationärer ersetzende Operationen	✓
• Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen/freie Krankenhauswahl	✓
• Mehrkosten für den Transport	✓
• Wunschverlegung	✓
• Rooming-In für minderjährige Kinder	max. 10 Tage
• Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf privatärztliche Leistungen	50 EUR pro Tag
• Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf Einbettzimmer	20 EUR pro Tag
• Ersatz-Krankenhaustagegeld bei Verzicht auf Ein- und Zweibettzimmer	50 EUR pro Tag

SOS-Budget (je Versicherungsjahr)

• Für Fahrtkosten und Hotel-Unterbringung einer Begleitperson, Haushaltshilfe oder Tierbetreuungskosten	max. 500 EUR
---	--------------

Reha-Tagegeld

• im Anschluss an eine versicherte stationäre Behandlung	50 EUR pro Tag, max. 21 Tage
--	---------------------------------

IV. Versicherungsbeiträge

Angabe in Monatsbeiträgen in EUR

Altersstufe	Komfort	Premium	Premium Plus
0-20 Jahre	17,90	21,90	29,90
21-30 Jahre	21,90	24,90	32,90
31-40 Jahre	28,90	33,90	47,90
41-50 Jahre	37,90	44,90	61,90
51-60 Jahre	47,90	55,90	75,90
61-70 Jahre	59,90	67,90	86,90
Ab 71 Jahre	78,90	84,90	99,90

Die Höhe des Beitrages ist nach Altersstufen gestaffelt und richtet sich nach dem Alter der versicherten Person. Erreicht die versicherte Person die nächste Altersstufe, ist vom Beginn des folgenden Monats an der für diese Altersstufe gültige Beitrag zu zahlen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankenzusatzversicherung der DA Deutsche Allgemeine Versicherung Aktiengesellschaft (AVB)

Stand: 01.04.2024

Inhaltsverzeichnis

1. Versicherungsschutz
2. Versicherungsfall
3. Leistungsumfang
4. Wartezeiten
5. Laufzeit, Beginn und Ende des Versicherungsschutzes
6. Leistungsausschlüsse
7. Auszahlung der Versicherungsleistungen
8. Beiträge
9. Anpassung der Beiträge
10. Anpassung der Versicherungsbedingungen
11. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen
12. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte
13. Willenserklärungen und Anzeigen
14. Anwendbares Recht und Gerichtsstand
15. Verjährung

**DA Deutsche Allgemeine
Versicherung Aktiengesellschaft**

Sitz der Gesellschaft
Frankfurt am Main
Amtsgericht Frankfurt am Main
(HRB 112118)
Aufsichtsratsvorsitzender
Dr. Carsten Schildknecht
Vorstand Peter Stockhorst (Vors.),
René Billing, Michael Reuter,
Martin Schmidt-Schön

Angaben zur Umsatzsteuer
UStID-Nr. DE 811493175
Versicherungsbeiträge sind
umsatzsteuerfrei
Vers.St-Nr. 807/V90807001512
Bankverbindung
Deutsche Bank AG, Frankfurt am Main
IBAN: DE62 5007 0010 0094 0684 02
BIC: DEUTDEFFXXX

1. Versicherungsschutz

Die Tariflinie DA Direkt Krankenzusatzversicherung ergänzt die Leistungen der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, den eventuell späteren in Textform festgehaltenen Vereinbarungen, den Versicherungsbedingungen inklusive Tarifblatt und Anhang sowie den gesetzlichen Vorschriften.

1.1 Aufnahmefähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland haben.

1.2 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen GKV versichert sind.

GKV-Versicherten stehen im Folgenden Empfänger freier Heilfürsorge gleich. An die Vorleistung der GKV tritt in diesem Fall die Vorleistung der freien Heilfürsorge.

Fällt die vorgenannte Eigenschaft weg, endet die Versicherung nach diesen Versicherungsbedingungen zum Zeitpunkt des Wegfalls.

Je versicherter Person kann nur eine der Tarifstufen vereinbart werden.

1.3 Geltungsbereich

Es besteht weltweiter Versicherungsschutz.

Allerdings bleiben wir bei Behandlungen im Ausland höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die wir bei einer Behandlung in Deutschland zu erbringen hätten.

Für ärztliche Leistungen bei stationären Aufenthalten im Ausland erstatten wir maximal die Kosten, die in Deutschland ohne den Abschluss einer gültigen Honorarvereinbarung angefallen wären.

Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland wird die Versicherung unter Berücksichtigung des vorgenannten Absatzes ohne besondere Vereinbarung fortgeführt, wenn die versicherte Person weiterhin in der deutschen GKV versichert ist. Andernfalls endet die Versicherung nach Ziffer 1.2.

2. Versicherungsfall

Im Versicherungsfall ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen in Höhe des Leistungsumfanges des gewählten Tarifes.

Der 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 keine Behandlungsbedürftigkeit mehr besteht.

Muss die Heilbehandlung auf eine versicherte schwere Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall.

Als Versicherungsfall gelten neben den ambulanten Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die über die gesetzlich eingeführten Programme hinausgehen, auch Schutzimpfung sowie die sonstigen unter Ziffer 3.3 aufgeführten ambulanten Leistungen.

2.1 Versicherte Unfallereignisse

Ein Unfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Ein Unfall liegt darüber hinaus bei folgenden Gesundheitsschädigungen vor:

- Verletzungen durch Sport
- Eigenbewegungen
- Erhöhte Kraftanstrengungen
- Unfreiwillige Vergiftungen
- Erfrieren, Ertrinken oder unfreiwilliger Entzug von Sauerstoff, Nahrung oder Flüssigkeit oder
- Einwirken von Gasen/Dämpfen oder Ähnlichem

- Verbrennungen

Voraussetzung ist, dass die Gesundheitsschädigungen nicht als Berufs- oder Gewerbekrankheit anerkannt sind.

Ein Unfall liegt nicht vor, wenn die versicherte Person ihn

- durch krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen herbeiführt oder
- beim Ausüben eines Berufs-, Extrem- oder Motorsportverursacht.

Als Berufssportler gilt die versicherte Person, wenn sie ihre sportliche Tätigkeit hauptberuflich ausübt.

Als Extremsport werden beispielsweise folgende Sportarten eingestuft: Drachenfliegen, Paragliding, Boxen, Rugby oder Freeclimbing.

2.2 Versicherte schwere Krankheiten

Eine schwere Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn bei der versicherten Person eine der aufgeführten schweren Krankheiten erstmals nach Beginn des Versicherungsschutzes ärztlich diagnostiziert wird.

Als versicherte schwere Krankheiten gelten:

- AIDS und HIV
- Akuter Herzinfarkt mit Einschränkung der Pumpfunktion
- Amputationen infolge einer Krankheit
- Arterielle Bypass-Operationen
- Bösartige Tumoren/Krebserkrankungen einschließlich Leukämie/Blutkrebs
- Chronische Niereninsuffizienz (Nierenversagen) mit Dialysepflicht
- Chronische Osteomyelitis
- Gehirn-Operation
- Gesundheitsschädigung durch Rettung von Menschenleben
- Hirnblutung oder Hirninfarkt (Schlaganfall)
- Infektiöse Meningitis/Enzephalitis
- Koma oder Wachkoma
- Multiple Sklerose
- Offene Herz-Operationen
- Operationsbedürftiges Aortenaneurysma
- Organtransplantation (Herz, Lunge, Leber, Niere, Bauchspeicheldrüse, Knochenmark) als Empfänger
- Teillähmung/Lähmung mindestens eines Beines oder eines Armes
- Therapierefraktäre Epilepsie

2.3 Verdachtsdiagnosen im Rahmen einer stationären Heilbehandlung

Bis die Diagnose einer unfallbedingten Gesundheitsschädigung (s. Ziffer 2.1) oder einer schweren Krankheit (s. Ziffer 2.2) sicher festgestellt werden kann, reicht für den Anspruch auf Leistungen ein durch ärztliche Voruntersuchung begründeter Krankheitsverdacht zunächst aus.

Stellt sich jedoch im Verlauf der Krankenhausbehandlung heraus, dass kein Unfall oder keine schwere Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vorliegt, leisten wir bis zu drei Tage nach Stellung der endgültigen Diagnose.

Die Änderung der Diagnose ist uns unverzüglich mitzuteilen.

3. Leistungsumfang

Zusammen mit der Vorleistung der GKV oder anderer Kostenträger ersetzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen in Höhe des vereinbarten Leistungsumfanges, maximal jedoch 100 % des Rechnungsbetrages.

3.1 Vorleistungen der GKV oder anderer Kostenträger

Leistungen, die eine GKV oder ein anderer Kostenträger für den Versicherungsfall erbringt, sind Vorleistungen. Diese sind vorrangig in Anspruch zu nehmen.

Bitte nehmen Sie zuerst diese in Anspruch, damit Sie insgesamt eine höchstmögliche Erstattung – maximal bis zum vollen Rechnungsbetrag – erreichen.

Als Vorleistung gilt auch ein für die versicherte Person mit der GKV nach § 53 SGB V vereinbarter Selbstbehalt (GKV-Wahltarif mit Selbstbehalt).

3.2 Versicherungsleistungen

Erstattungsfähigkeit

Erstattungsfähig sind Aufwendungen einer ambulanten Behandlung.

Zudem sind Aufwendungen einer stationären Heilbehandlung erstattungsfähig, die aufgrund eines nach Ziffer 2.1 versicherten Unfallereignisses oder einer nach Ziffer 2.2 versicherten schweren Krankheit medizinisch notwendig ist.

Erstattungshöhe (Leistungsumfang)

Zusammen mit der Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers ersetzen wir im Versicherungsfall die erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante Leistungen innerhalb des Budgets sowie stationäre Leistungen nach einem Unfall oder nach schwerer Krankheit im Umfang des gewählten Tarifes (s. Tarifblatt).

Anerkannte Behandler

Der versicherten Person steht in Deutschland die Wahl unter den approbierten Ärzten frei.

Darüber hinaus steht der versicherten Person die Wahl unter den Heilpraktikern, im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes frei.

Osteopathische Leistungen (s. Ziffer 3.3.4) müssen von einem zur osteopathischen Leistungserbringung berechtigten Arzt, einem Physiotherapeuten oder einem sonstigen Leistungserbringer durchgeführt werden, der Mitglied eines Berufsverbands der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

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.

Im Ausland können die im jeweiligen Land zur ärztlichen Behandlung zugelassenen Ärzte in Anspruch genommen werden.

Arznei- und Verbandmittel

Die Arznei- oder Verbandmittel müssen von einem Arzt oder Heilpraktiker verordnet worden sein. Das Arzneimittel muss zugelassen, aus einer Apotheke bezogen worden und ein Arzneimittel im Sinne des Arzneimittelgesetzes sein.

Internet- und Versandapotheken

Als Apotheke gelten auch Internet- und Versandapotheken, die eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in der Europäischen Union haben.

Gebührenrahmen

Ärztliche Leistungen müssen bei ambulanten Behandlungen in Deutschland nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden und sind bis zu den Höchstsätzen der jeweils gültigen GOÄ erstattungsfähig.

Behandlungen durch Heilpraktiker in Deutschland müssen nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechnet werden und sind bis zum Höchstsatz des gültigen deutschen GebüH erstattungsfähig.

Bei osteopathischen Leistungen finden die entsprechenden Abrechnungsvorschriften Anwendung.

Ärztliche Leistungen bei stationären Aufenthalten im Falle von versicherten Unfallereignissen oder versicherten schweren Krankheiten sind auch über die Höchstsätze der gültigen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstattungsfähig, sofern eine den Anforderungen der GOÄ entsprechende Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

Anerkannte Krankenhäuser

Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen

durchführen oder Rekonvaleszenten (genesende Personen) aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 1 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Keine vorherige Zusage ist erforderlich:

- bei Notfallbehandlung aufgrund einer Behandlungsbedürftigkeit gemäß Ziffer 2.1 oder 2.2 oder
- bei Behandlung in einer Krankenanstalt, sofern sich dort während des Aufenthalts eine zusätzliche Behandlungsbedürftigkeit gemäß Ziffer 2.1 oder 2.2 ergibt oder
- bei einer stationären Anschlussheilbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme, sofern die übrigen Voraussetzungen für die Leistung des Reha-Tagegelds nach Ziffer 3.4.4 erfüllt sind.

3.3 Ambulante Leistungen (Budget-Leistungen)

Wir ersetzen die nach Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen im tariflichen Rahmen (s. Tarifblatt).

3.3.1 Erweiterte ambulante Vorsorgeuntersuchungen/individuelle Gesundheitsleistungen (iGeL) durch Ärzte

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen

im Rahmen der **allgemeinen Vorsorge**:

- Glaukomvorsorge (grüner Star)
- Großer Gesundheits-Check
- Hirnleistungs-Check
- HIV-Test
- Lungen-Check - Lungenfunktionstest
- Osteoporosevorsorge per Knochendichtemessung (Osteodensitometrie)
- Schilddrüsenvorsorge
- Schlaganfallvorsorge
- Sono-Check (Sonografie-Ultraschall der inneren Organe)
- Hauttypbestimmung inklusive Hautfunktionstest
- Magenvorsorge per Helicobacter-Pylori-Test
- Prostatavorsorge (PSA-Test)

im Rahmen der **Schwangerschafts-Vorsorge**:

- Triple-Test
- Zusätzliche Sonografie
- Toxoplasmose-Test
- Zytomegalie-Test
- Ersttrimester-Screening (Nackentransparenzmessung)
- Fruchtwasseruntersuchung (Amniozentese und FISH-Schnelltest)

im Rahmen der **Krebs-Vorsorge**:

- Brustkrebsvorsorge per Mammografie
- Brustkrebsvorsorge per Ultraschall
- Darmkrebsvorsorge per Stuhlttest und Darmspiegelung
- Große erweiterte Krebsvorsorge für die Frau
- Große erweiterte Krebsvorsorge für den Mann
- Hautkrebsvorsorge inklusive Video-Dermatoskopie

Im Rahmen der **Kinder- und Jugendlichen-Vorsorge**:

- Augen-Check
- Gehör-Check
- J2-Vorsorgeuntersuchungen für Jugendliche
- Schielvorsorge
- U6a-Vorsorgeuntersuchungen
- U9a-Vorsorgeuntersuchungen
- U9b-Vorsorgeuntersuchungen

3.3.2 Schutzimpfungen inkl. Reiseschutzimpfungen

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen alle von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen inkl. Reiseschutzimpfungen (Impfstoffe und Verabreichung).

Darüber hinaus zählen zu den erstattungsfähigen Aufwendungen auch Schutzimpfungen gegen beispielsweise folgende Erkrankungen:

- FSME (Zecken)
- Gelbfieber
- Cholera
- Tollwut
- Typhus
- Hepatitis und Japanische Enzephalitis
- Meningokokken (alle Serogruppen) sowie
- Malaria-Prophylaxe.

3.3.3 Sehhilfen und augenchirurgische Maßnahmen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zum genannten Höchstbetrag (s. Tarifblatt).

Als **Sehhilfen** gelten:

- Brillengestelle und -gläser (dazu zählen auch Sonnenbrillen) mit Sehstärke
- Kontaktlinsen mit Sehstärke
- Bildschirmarbeitsplatzbrillen

einschließlich der Kosten für die Sehstärken-Bestimmung

Ebenfalls erstattungsfähig sind Brillenreparaturen.

Bitte reichen Sie uns die Rechnung des Optikers unter Angabe der Dioptrienwerte ein. Eine Verordnung des Augenarztes ist nicht erforderlich.

Als **augenchirurgische Maßnahmen** gelten die refraktive Chirurgie (z.B. refraktiver Linsenaustausch) sowie Laserverfahren (z.B. LASEK, LASIK) mit dem Ziel der Korrektur von Fehlsichtigkeit, einschließlich der notwendigen Vor- und Nachuntersuchungen.

3.3.4 Alternativmedizin und medizinisches Botulinumtoxin („Botox“)

Erstattungsfähig sind Aufwendungen bis zum genannten Höchstbetrag (s. Tarifblatt).

Dazu zählen:

- Untersuchungen und Behandlungen durch **Heilpraktiker** nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) in der jeweils gültigen Fassung bis zu den darin aufgeführten Höchstbeträgen. Das schließt auch verordnete Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen mit ein.
- **Naturheilverfahren durch Ärzte** für im Hufeland-Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen aufgeführte Untersuchungen und Behandlungen in der jeweils gültigen Fassung. Das schließt auch verordnete Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen mit ein.
- **Osteopathische und chiropraktische Leistungen**, sofern diese medizinisch anerkannt sind, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und von einem Arzt verordnet wurden.
- **Medizinisches „Botox“** zur Schmerz- oder Schweißbehandlung, sofern diese ärztlich durchgeführt und nach der GOÄ abgerechnet wird.

3.3.5 Heil- und Hilfsmittel

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen **Heil- und Hilfsmittel** einschließlich der gesetzlichen Zuzahlungen nach §§ 32 und 33 SGB V (s. Ziffer 3.3.7).

Heil- und Hilfsmittel im Zusammenhang mit einer naturheilkundlichen Behandlung werden nach Ziffer 3.3.4 erstattet.

Als **Heilmittel** gelten Anwendungen oder Behandlungen durch staatlich geprüfte Angehörige von Heilhilfsberufen (z.B. Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Logopäden, Ergotherapeuten, Podologen) und dienen zur Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen.

Dazu zählen beispielsweise:

- Massagen

- Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen
- Logopädie, Ergotherapie
- medizinische Bäder
- Inhalationen

Darüber hinaus zählt als Heilmittel auch ärztlich verordnetes Kinesio-Taping, sofern diese Anwendung von Ärzten, Heilpraktikern oder Physiotherapeuten durchgeführt wird.

Als **Hilfsmittel** gelten technische Mittel oder Körperersatzstücke (ausgenommen Sehhilfen und Zahnersatz), die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen unmittelbar mildern oder ausgleichen sollen.

Dazu zählen beispielsweise:

- Hörgeräte
- Krankenfahrstühle
- Bandagen, orthopädische Schuhe
- Einlagen und Kompressionsstrümpfe

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen auch die Kosten für Reparatur und Wartung des Hilfsmittels sowie Einweisung in den Gebrauch.

Die Heil- und Hilfsmittel müssen von einem Arzt (auf Kassen- oder Privat Rezept) oder einem Heilpraktiker verordnet worden sein.

Nicht erstattungsfähig sind

- Heilapparate sowie sonstige sanitäre oder medizinisch-technische Bedarfsartikel (z.B. Fieberthermometer, Heizkissen)
- Geräte, die dem Fitness- bzw. Wellnessbereich zuzuordnen sind

Kosten für den Gebrauch (z.B. Stromkosten, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln.

3.3.6 Arznei- und Verbandmittel

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen Arznei- und Verbandmittel einschließlich der gesetzlichen Zuzahlungen nach § 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V (s. Ziffer 3.3.7).

Arznei- und Verbandmittel im Zusammenhang mit einer naturheilkundlichen Behandlung werden nach Ziffer 3.3.4 erstattet.

Arznei- und Verbandmittel sind erstattungsfähig, sofern diese zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen medizinisch notwendig sind.

Die Arznei- oder Verbandmittel müssen von einem Arzt (auf Kassen- oder Privat Rezept) oder einem Heilpraktiker verordnet worden sein.

Erstattungsfähig sind auch ärztlich empfohlene, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel.

Werden Arzneimittel aus einer Internet- oder Versandapotheke bezogen, ist neben der Arzneimittelrechnung der dazugehörige Zahlungsbeleg einzureichen.

Nicht erstattungsfähig sind solche Mittel, die der individuellen Lebensführung der versicherten Person dienen wie z.B.:

- Präparate zur Behandlung der erektilen Dysfunktion oder Potenzsteigerung
- Mittel zur Gewichtsreduktion
- Haarwuchsmittel
- Mittel zur Schwangerschaftsverhütung
- Badezusätze, kosmetische Mittel und Desinfektionsmittel
- Nähr- und Stärkungsmittel sowie Vitaminpräparate

3.3.7 Zuzahlungen

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen die nachfolgend genannten **gesetzlichen Zuzahlungen**, die die versicherte Person nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) V in der jeweils gültigen Fassung zu tragen hat:

- Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 Satz 1 SGB V)
- Heilmittel (§ 32 Abs. 2 SGB V)
- Hilfsmittel (§ 33 Abs. 8 SGB V)
- Haushaltshilfe (§ 38 SGB V Abs. 5)
- Stationäre Krankenhausbehandlungen (§ 39 Abs. 4 SGB V)
- Medizinische Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 und 6 SGB V)

- Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 3 SGB V)
- Fahrtkosten (§ 60 SGB V)
- Stationäre Transportkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V)

Darüber hinaus zählen zu den erstattungsfähigen Aufwendungen die Zuzahlungen für die Unterbringung und Verpflegung des Partners der versicherten Person im **Familienzimmer** bei stationärer Entbindung. Die versicherte Person muss die Entbindende sein.

3.3.8 Gesundheitsservices über unsere Kooperationspartner

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Gesundheitsservices, die von unseren Kooperationspartnern in Rechnung gestellt werden. Eine aktuelle Übersicht der angebotenen Gesundheitsservices findet sich im Kundenkonto.

3.4 Stationäre Leistungen (Notfall-Leistungen)

Wir ersetzen die nach Vorleistung der GKV oder eines anderen Kostenträgers verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für Maßnahmen im Rahmen einer stationären Heilbehandlung aufgrund eines versicherten Unfallereignisses (s. Ziffer 2.1) oder einer versicherten schweren Krankheit (s. Ziffer 2.2) im tariflichen Rahmen (s. Tarifblatt).

Die erstattungsfähigen Aufwendungen nach Ziffer 3.4 werden weder auf die im Tarifblatt unter Ziffer II. genannten Budgets angerechnet noch sind sie durch diese begrenzt.

3.4.1 Gesondert berechnete Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen zählen die gesondert berechnete Unterkunft und Verpflegung im Ein- oder Zweibettzimmer.

3.4.2 Privatärztliche Leistungen (z.B. durch Chefarzt)

Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen bei einer stationären Heilbehandlung zählen die:

- Gesondert berechneten privatärztlichen Leistungen (z.B. Chefarzt- oder Belegarzt-Behandlung)
- Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchungen im Krankenhaus. Voraussetzung ist, dass sie im unmittelbaren Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführt werden.
- Vor- und nachstationäre Behandlungen im Krankenhaus.

Die vorstationäre Behandlung hat zum Ziel, die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten. Sie ist begrenzt auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung.

Die nachstationäre Behandlung hat zum Ziel, im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Therapieerfolg zu sichern oder zu festigen. Sie ist begrenzt auf längstens sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Krankenhausbehandlung.

3.4.3 Ersatzkrankenhaustagegeld (EKHT)

Verzichtet die versicherte Person während eines stationären Aufenthaltes auf:

- gesondert berechenbare Unterkunft nach Ziffer 3.4.1 oder
- privatärztliche Leistungen nach Ziffer 3.4.2

zahlen wir pro Tag des stationären Aufenthaltes ein EKHT (s. Tarifblatt).

Grundsätzlich kein Anspruch auf EKHT besteht für:

- den Tag, an dem die versicherte Person aus dem Krankenhaus entlassen wird (Entlassungstag) und
- die Tage, an denen die versicherte Person teilstationär (weniger als 24 Stunden je Tag) im Krankenhaus behandelt wird.

Darüber hinaus besteht kein Anspruch auf EKHT für den Verzicht auf gesondert berechenbare Unterkunft nach Ziffer 3.4.1 für:

- die Unterbringung auf einer Station, auf der das Zweibettzimmer bzw. das Einbettzimmer Regelleistung ist oder
- die Tage, an denen die versicherte Person auf der Intensiv- oder Säuglingsstation behandelt wird.

Der Anspruch auf EKHT bei Verzicht auf privatärztliche Leistungen nach Ziffer 3.4.2 bleibt davon unberührt.

3.4.4 Weitere Leistungen

Zu den weiteren erstattungsfähigen Aufwendungen bei einer stationären Heilbehandlung zählen:

- **Ambulante, stationärer ersetzende Operationen**
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesondert berechnete privatärztlichen Leistungen für ambulant durchgeführte, stationärer ersetzende Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V (ambulantes Operieren im Krankenhaus).
- **Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen/freie Krankenhauswahl**
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Mehrkosten für die allgemeinen Krankenhausleistungen, die dadurch entstehen, dass von der versicherten Person ein anderes als in der Einweisung genanntes Krankenhaus aufgesucht wird und die GKV ihre Leistung aus diesem Grund kürzt.
Voraussetzung ist, dass das aufgesuchte Krankenhaus nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflege-satzverordnung (BPfV) abrechnet.
Sofern das aufgesuchte Krankenhaus nicht nach dem KHEntgG oder der BPfV abrechnet, z.B. weil es sich um eine Privatklinik ohne Versorgungsvertrag mit der GKV handelt oder die GKV oder ein sonstiger Kostenträger aus einem anderen Grund nicht für die allgemeinen Krankenhausleistungen leistet, sind Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen bis zu 150 EUR pro Tag des stationären Aufenthaltes erstattungsfähig.
- **Mehrkosten für den Transport**
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für den medizinisch notwendigen Transport zum und vom Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 150 km, mindestens aber bis zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus.
Die gesetzlichen Zuzahlungen für den stationären Transport werden nach Ziffer 3.3.7 erstattet.
- **Wunschverlegung**
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für einen bodengebundenen Krankentransport oder eine Fahrt in ein anderes Krankenhaus innerhalb Deutschlands, auch wenn die Verlegung nicht medizinisch notwendig ist. Voraussetzung ist, dass keine medizinischen Gründe gegen die Verlegung sprechen.
- **Rooming-In für minderjährige Kinder**
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für Unterbringung und Verpflegung im Krankenhaus, wenn eine Begleitperson während einer stationären Behandlung des versicherten Kindes im Krankenhaus stationär aufgenommen wird.
- **SOS-Budget**
Im Falle eines versicherten Unfallereignisses (s. Ziffer 2.1) oder einer versicherten schweren Krankheit (s. Ziffer 2.2) steht der versicherten Person pro Versicherungsjahr ein SOS-Budget zur Verfügung, das sie frei einsetzen kann für Fahrtkosten und Hotelunterbringungskosten einer Begleitperson, einer Haushaltshilfe oder für Betreuungskosten eines Haustieres (s. Tarifblatt).
Die entstandenen Aufwendungen sind uns durch entsprechende Belege nachzuweisen.
- **Reha-Tagegeld**
Wir zahlen pro Tag einer medizinisch notwendigen, stationären Anschlussheilbehandlung oder einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme das vereinbarte Tagegeld (s. Tarifblatt).
Voraussetzung ist, dass diese im direkten Zusammenhang mit einer versicherten stationären Heilbehandlung nach Ziffer 2.1 oder 2.2 erforderlich ist.

3.5 Leistungsbegrenzungen

3.5.1 Budget-Leistungen nach Ziffer 3.3

Wir ersetzen die erstattungsfähigen Aufwendungen im Rahmen des jährlich vereinbarten Budgets (s. Ziffer II im Tarifblatt).

Nicht voll ausgeschöpftes Budget kann nicht in darauffolgende Versicherungsjahre übertragen werden.

Für die erstattungsfähigen Aufwendungen für Sehhilfen und augenchirurgische Maßnahmen (s. Ziffer 3.3.3), sowie für Behandlungen durch Heilpraktiker, Naturheilverfahren durch Ärzte und osteopathische und chiropraktische Leistungen sowie medizinisches „Botox“ (s. Ziffer 3.3.4) gelten besondere Höchstbeträge (s. Tarifblatt).

3.5.2 Notfall-Leistungen nach Ziffer 3.4.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen für Notfall-Leistungen fallen nicht unter die in Ziffer II im Tarifblatt genannten Budgets.

4. Wartezeiten

Wartezeiten bestehen nicht.

5. Laufzeit, Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

5.1 Vertragslaufzeit und Mindestvertragsdauer

Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Die Mindestvertragsdauer beträgt 24 Monate. Gemäß Ziffer 5.4 kann der Versicherungsvertrag innerhalb der Mindestvertragslaufzeit ohne Einhaltung einer Frist zum Ende des laufenden Monats gekündigt werden, sofern bisher keine Leistungen in Anspruch genommen worden sind.

5.2 Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr beginnt für die versicherte Person mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt und endet nach Ablauf von 12 Monaten. Jedes weitere Versicherungsjahr umfasst ebenfalls einen Zeitraum von 12 Monaten.

Veränderungen des Versicherungsverhältnisses (z.B. Tarifwechsel) bleiben ohne Einfluss auf Beginn und Ende des Versicherungsjahres.

5.3 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages, insbesondere dem Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung.

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 fällt.

Diese Regelung gilt auch entsprechend bei Vertragsänderungen. Das heißt, bei Vertragsänderungen gelten hinzukommende Versicherungsleistungen oder ein erhöhter Leistungsumfang nur für nach Beginn der Vertragsänderung eingetretene Versicherungsfälle.

Im Falle der Kindernachversicherung im Sinne von § 198 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) gilt eine Mindestversicherungsdauer eines Elternteils von 3 Monaten.

5.4 Kündigung des Versicherungsvertrages durch den Versicherungsnehmer

Nach Ablauf der Mindestvertragslaufzeit haben Sie das Recht, den Versicherungsvertrag ohne Einhaltung einer Frist zum Ende des laufenden Monats in Textform zu kündigen.

Innerhalb der Mindestvertragslaufzeit können Sie den Vertragsteil für die versicherte Person ebenfalls ohne Einhaltung einer Frist zum Ende des laufenden Monats kündigen, sofern Sie für die versicherte Person bis zum Kündigungszeitpunkt keine Leistungen in Anspruch genommen haben. Kündigen Sie den Vertrag für eine versicherte Person innerhalb der Mindestvertragslaufzeit, verzichten Sie damit auf eine Erstattung von Leistungen für diese Person für deren gesamte Vertragslaufzeit.

Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für eine versicherte Person, hat die versicherte Person 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 Sie nachweisen, dass die betroffene versicherte Person von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt hat.

Für die Kündigung ist der von Ihnen angegebene Zeitpunkt, frühestens der Zugang Ihrer Kündigungserklärung bei uns, maßgeblich.

Sind mehrere Personen in einem Vertrag versichert, so können Sie Ihre Kündigung auch auf bestimmte versicherte Personen begrenzen.

5.5 Kündigung des Versicherungsvertrages durch uns

Wir verzichten auf unser Recht, den Versicherungsvertrag ordentlich zu kündigen. Unser Recht, den Vertrag außerordentlich zu kündigen, bleibt hiervon unberührt.

5.6 Beendigung des Versicherungsvertrages

Der Versicherungsvertrag endet für eine versicherte Person mit Wegfall ihrer Versicherungsfähigkeit (s. Ziffer 1.2).

Der Versicherungsvertrag endet auch, wenn Sie versterben. Die versicherte Person hat dann das Recht, den Versicherungsvertrag

unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Eine solche Erklärung ist uns gegenüber innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod in Textform abzugeben.

Bei Tod einer versicherten Person endet der Versicherungsvertrag in Bezug auf diese versicherte Person.

Mit Beendigung des Versicherungsvertrages endet – auch für schwebende Versicherungsfälle – der Versicherungsschutz.

6. Leistungsausschlüsse

6.1 Heilbehandlungsmaßnahmen mit vor Vertragsschluss feststehender Notwendigkeit

Wir ersetzen keine Aufwendungen für:

- Heilbehandlungsmaßnahmen, deren Notwendigkeit der versicherten Person oder Ihnen bereits vor Vertragsschluss bekannt war bzw. die vor Vertragsschluss ärztlich angeraten oder bereits begonnen wurden
- Die unter Ziffer 2.1 genannten Unfallereignisse, die infolge von vor Vertragsschluss bestehenden Erkrankungen der Knochen bzw. des Bewegungsapparates oder einer bestehenden Behinderung verursacht wurden
- Die unter Ziffer 2.2 genannten schweren Krankheiten, die vor Vertragsschluss bekannt waren. Dazu zählen auch ärztliche Verdachtsdiagnosen sowie die in diesem Zusammenhang noch ausstehenden Untersuchungsergebnisse.

Diese Regelungen gelten entsprechend bei Vertragsänderungen.

6.2 Sonstige Leistungsausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht für:

- Aufwendungen für Heilbehandlungsmaßnahmen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen oder für Maßnahmen, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen; in diesen Fällen können wir unsere Versicherungsleistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen
- Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Leistungserbringer, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen haben, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen
- Aufwendungen für stationäre psychotherapeutische und stationäre psychiatrische Leistungen
- Aufwendungen für Anschlussheilbehandlungen oder Rehabilitationsmaßnahmen (der Anspruch auf das Reha-Tagegeld nach Ziffer 3.4.4 bleibt davon unberührt)
- Von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen
- Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten und Auslagen erstatten wir tarifgemäß
- „Botox“-Behandlungen aus kosmetisch-ästhetischen Gründen wie z.B. Faltenbekämpfung
- Durch Kriegereignisse verursachte Krankheiten, Krankheitsfolgen oder Unfallfolgen. Wird die versicherte Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland vom Eintritt des Kriegereignisses überrascht und kann das betroffene Gebiet aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht verlassen, besteht Versicherungsschutz solange, bis die Ausreise möglich ist. Ein Kriegereignis tritt dann überraschend ein, wenn vor Beginn der Reise keine Reisewarnung durch das Auswärtige Amt für das betroffene Reisegebiet bestand. Terroristische Anschläge gelten nicht als Kriegereignisse.

7. Auszahlung der Versicherungsleistungen

7.1 Nachweise

Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von uns geforderten Nachweise erbracht sind. Diese werden unser Eigentum.

7.2 Fälligkeit der Versicherungsleistungen

Die Versicherungsleistungen sind fällig, sobald der Versicherungsfall und der Umfang der Versicherungsleistungen durch uns festgestellt

wurden. Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit unserer Leistungen aus § 14 Versicherungsvertragsgesetz (VVG).

7.3 Empfangsberechtigte Person

Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer uns diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistungen verlangen.

7.4 Überweisungs-/Übersetzungskosten

Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.

Als Kurs des Tages gilt für gehandelte Währungen der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank.

Mehrkosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein ausländisches Konto und für Übersetzungen können von den Versicherungsleistungen abgezogen werden.

7.5 Abtretung und Verpfändung

Ansprüche auf Versicherungsleistungen können nicht verpfändet oder ohne unsere Zustimmung abgetreten werden.

7.6 Zeitliche Zurechnung

Die vom Versicherungsschutz umfassten Leistungen werden dem Zeitpunkt zugerechnet, in dem sie erbracht, bezogen oder in Anspruch genommen wurden.

Die Zeitpunkte von Rechnungsstellung und Rechnungseinreichung bei uns sind für die zeitliche Zurechnung nicht maßgebend.

8. Beiträge

8.1 Berechnung der Beiträge

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

Die Höhe des Beitrages ist nach Altersstufen gestaffelt und richtet sich nach dem Alter der versicherten Person.

Erreicht die versicherte Person die nächste Altersstufe, ist vom Beginn des folgenden Monats an der für diese Altersstufe gültige Beitrag zu zahlen.

Die Versicherungsbeiträge der Altersstaffelung (Altersstufen) können Sie Ziffer IV des ihrem Vertrag zugrundeliegenden Tarifblatts entnehmen.

8.2 Zahlungsart

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag. Der Beitrag wird durch Lastschriftverfahren von uns von einem deutschen Konto eingezogen. Widerruft der Beitragszahler seine hierfür gegebene Einwilligung, so ist der Beitrag auf ein von uns angegebene deutsches Konto zu zahlen.

Ist der Einzug der Beiträge im Lastschriftverfahren vereinbart und kommt es zu zwei oder mehr fehlgeschlagenen Einzugsversuchen, können wir die Zahlung der ausstehenden und künftigen Beiträge durch Überweisung verlangen. Zu weiteren Einzugsversuchen sind wir bis auf Widerruf durch den Versicherungsnehmer berechtigt, aber nicht verpflichtet.

8.3 Fälligkeit des Erstbeitrages

Der Erstbeitrag wird mit Zugang des Versicherungsscheines fällig, jedoch nicht vor dem in dem Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

8.4 Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung des Erstbeitrages

Solange der fällige Erstbeitrag nicht gezahlt ist, können wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten.

In diesem Fall können wir eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Ist der fällige Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Erstbeitrages aufmerksam gemacht haben, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

8.5 Fälligkeit der Folgebeiträge

Die Folgebeiträge sind jeweils zu Beginn der vereinbarten Zahlungsperiode fällig und zu entrichten.

8.6 Folgen von nicht rechtzeitiger Zahlung der Folgebeiträge

Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, werden wir Sie auffordern, den rückständigen Folgebeitrag innerhalb von zwei Wochen ab Zugang des Aufforderungsschreibens zu zahlen. Wir sind berechtigt, die im Zusammenhang mit der Mahnung entstandenen Kosten geltend zu machen.

Wir bleiben jedoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Sind Sie mit der Zahlung des Folgebeitrags nach Ablauf der zweiwöchigen Zahlungsfrist noch in Verzug, können wir den Vertrag mit sofortiger Wirkung außerordentlich kündigen. Unsere Kündigung wird unwirksam, wenn Sie sämtliche bereits fälligen Folgebeiträge innerhalb eines Monats ab Zugang des Kündigungsschreibens zahlen.

Für Versicherungsfälle, die in der Zeit nach Ablauf der zweiwöchigen Zahlungsfrist bis zur Zahlung eintreten, besteht kein Versicherungsschutz.

9. Anpassung der Beiträge

Die Ausgaben für Heilbehandlungsmaßnahmen können sich, z.B. wegen steigender Kosten im Gesundheitswesen oder einer häufigeren Inanspruchnahme von Heilbehandlungsmaßnahmen, ändern.

Dementsprechend vergleichen wir jährlich die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt die Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eine Abweichung von mehr als 10 Prozent, werden alle Beiträge für diese Beobachtungseinheit von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 Prozent können alle Beiträge von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden.

Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

Die Änderung der Beiträge werden wir Ihnen unter Angabe der maßgeblichen Gründe in Textform mitteilen. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf unsere Mitteilung folgt.

Erhöht sich Ihr Beitrag, können Sie den Versicherungsvertrag in jedem Fall innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die Beitragserhöhung wirksam wird.

10. Anpassung der Versicherungsbedingungen

Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können Versicherungsbedingungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen.

Die Änderungen von Versicherungsbedingungen werden wir Ihnen unter Angabe der maßgeblichen Gründe in Textform mitteilen. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf unsere Mitteilung folgt.

Ist eine Bestimmung in den Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Versicherungsvertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.

Im Falle von Änderungen der Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt werden die neuen Regelungen zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neuen Regelungen unter Angabe der maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Bestandteil Ihres Versicherungsvertrages.

11. Obliegenheiten und Folgen von Obliegenheitsverletzungen

11.1 Obliegenheiten

11.1.1 Anzeige Wegfall Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist uns innerhalb von zwei Monaten in Textform anzuzeigen.

11.1.2 Mitteilung zu weiteren Krankenzusatzversicherungen

Jeder Abschluss einer weiteren Versicherung für die versicherte

Person mit Kostenerstattung von ambulanten oder stationären Behandlungen in Deutschland ist uns unverzüglich mitzuteilen.

11.1.3 Schadenminderung

Die versicherte Person hat nach Eintritt eines Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung und Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind oder ihr entgegenstehen.

11.1.4 Auskünfte und Nachweise

Auf unser Verlangen haben Sie uns alle Auskünfte zu erteilen und alle Nachweise zu erbringen, die für die Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht erforderlich sind.

Sie haben uns stets sämtliche Belege mit Erstattungsvermerk der GKV oder eines anderen Kostenträgers vorzulegen. Aus den Belegen müssen sich Vor- und Zuname der versicherten Person, die jeweiligen Behandlungs- oder Bezugsdaten, die durchgeführten Leistungen sowie die Höhe der Vorleistung ergeben. Die Rechnungen müssen den Vorgaben der GOÄ bzw. des GebüH entsprechen.

Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn alle von uns geforderten Nachweise erbracht sind. Die Nachweise können uns sowohl elektronisch übermittelt als auch im Original vorgelegt werden. Auf unser Verlangen haben Sie uns die Nachweise im Original einzureichen. Die Belege gehen in unser Eigentum über.

11.1.5 Ärztliche Untersuchung

Die versicherte Person ist auf unser Verlangen verpflichtet, die behandelnden Ärzte, Apotheker, Heilpraktiker oder Angehörige eines anderen Heilberufs von ihrer Schweigepflicht zu entbinden und sich auf unsere Kosten durch einen von uns beauftragten Arzt untersuchen zu lassen, soweit dies zur Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Die Untersuchung beschränkt sich in jedem Fall auf die für die Beurteilung unserer Leistungspflicht konkret in Frage stehende Heilbehandlungsmaßnahme.

11.2 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Bei Verletzung einer Obliegenheit nach den Ziffern 11.1.2 - 11.1.5 werden wir mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei.

Wird die in Ziffer 11.1.2 genannte Obliegenheit verletzt, so können wir das Versicherungsverhältnis zudem, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG, innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

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

12. Obliegenheiten und Folgen von Verletzungen der Obliegenheiten bei Ansprüchen gegen Dritte

12.1 Abtretung bei Ansprüchen gegenüber Dritten

Haben Sie oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsübergangs gemäß § 86 VVG die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) zu leisten ist, an uns schriftlich abzutreten.

12.2 Pflicht zur Mitwirkung

Sie und die versicherte Person müssen einen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht wahren. Dabei müssen Sie geltende Form- und Fristvorschriften beachten und uns bei der Durchsetzung der Ansprüche, soweit erforderlich, unterstützen.

12.3 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Bei Verletzung einer Obliegenheit nach Ziffer 12.1 bzw. 12.2 werden wir mit den in § 86 Abs. 2 und 3 VVG vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, soweit wir infolge der Obliegenheitsverletzung keinen Ersatz von dem Dritten erlangen können.

12.4 Anspruch auf Rückzahlung gegen den Leistungserbringer

Steht Ihnen oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die wir aufgrund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht haben, gelten die Ziffern 12.1 bis 12.3 entsprechend.

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

13. Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Textform (z.B. per E-Mail oder Brief).

14. Anwendbares Recht und Gerichtsstand

Für diesen Versicherungsvertrag gilt deutsches Recht.

Für alle Klagen aus dem Versicherungsvertrag ist das Gericht, in dessen Bezirk Sie Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben, zuständig oder bei Klagen gegen uns auch wahlweise das Gericht an unserem Geschäftssitz.

Verlegen Sie nach Vertragsschluss Ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist Ihr gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht an unserem Geschäftssitz zuständig.

15. Verjährung

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren regelmäßig in drei Jahren.

Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Berechtigte Kenntnis von den Umständen, die den Anspruch begründen, erlangt hat, bzw. ohne grobe Fahrlässigkeit hätte erlangen können.

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem unsere Entscheidung dem Anspruchsteller in Textform zugeht.