



Allgemeine Kranken-Versicherungsbedingungen

In der Fassung AVBK 05-10 Stand: Mai 2010

- A) Allgemeiner Teil der Kranken-Versicherungsbedingungen**
1. Vorbemerkung
 2. Kombiversicherung und Einzelversicherung
 3. Private und gesetzliche Krankenversicherung
 4. Versicherungsnehmer und versicherte Person
 5. Anzeigepflichten vor Abgabe der Vertragserklärung (Gesundheitsprüfung) und mögliche Rechtsfolgen
 6. Vertragliche Obliegenheiten vor und nach Eintritt des Versicherungsfalles und mögliche Rechtsfolgen
 7. Anzeigen und Willenserklärungen
 8. Laufzeit und Kündigung des Vertrages
 9. Ausschluss des ordentlichen Kündigungsrechts bei Inanspruchnahme einer Versicherungsleistung
 10. Fälligkeit des Erstbeitrags und Beginn des Versicherungsschutzes
 11. Fälligkeit der Folgebeiträge
 12. Wartezeit
 13. Besonderheiten beim Lastschriftverfahren
 14. Beitragsanpassung
 15. Beitragsrückerstattung bei Leistungsfreiheit
 16. Regulierung innerhalb von 48 Stunden und Auszahlung einer Entschädigungsleistung
 17. Selbstbeteiligung
 18. Datenverarbeitung
 19. Ausschluss vom Versicherungsschutz
 20. Verjährung
 21. Gerichtsstand
 22. Anzuwendendes Recht
- 1. Vorbemerkung**
- 1.1. Die Kranken-Versicherungsbedingungen der DfV Deutsche Familienversicherung AG konkretisieren den abgeschlossenen Versicherungsvertrag über eine Krankenzusatzversicherung in dem Umfang, wie er sich aus dem Versicherungsschein ergibt.
 - 1.2. Um die Kranken-Versicherungsbedingungen sprachlich verständlich aufzufassen, werden Sie direkt angesprochen. Mit der Anrede „Sie“ oder „Ihnen“ ist, soweit nichts anderes bestimmt, der Versicherungsnehmer, mit „wir“ oder „uns“ die DfV Deutsche Familienversicherung AG gemeint.
 - 1.3. Diese Kranken-Versicherungsbedingungen sind so aufgebaut, dass die für alle versicherten Risiken geltenden Bestimmungen im Abschnitt A vorangestellt und in den folgenden Abschnitten jeweils nur die für das dort umschriebene Risiko geltenden Bestimmungen aufgeführt sind. Unabhängig davon, ob Sie bei uns eine Kombiversicherung oder Einzelversicherungen abschließen, gilt in jedem Fall Abschnitt A dieser Versicherungsbedingungen. Die folgenden Abschnitte gelten ergänzend nur dann, wenn auch das versicherte Risiko vertraglich vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurde.
 - 1.4. Die Nummern in den Kranken-Versicherungsbedingungen beziehen sich, soweit nichts anderes angegeben ist, auf den jeweiligen Abschnitt dieses Bedingungswerkes.
- 2. Kombiversicherung und Einzelversicherung**
- Sie können ein Versicherungspaket, eine so genannte KombiKrankenversicherung oder einzelne Krankenzusatzversicherungen separat abschließen. Eine KombiKrankenversicherung beinhaltet in einem Vertrag mehrere versicherte Risiken.
- 3. Private und gesetzliche Krankenversicherung**
- 3.1. Unsere Krankenversicherungsprodukte sind private Krankenzusatzversicherungen. Sie dienen nicht dazu, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ganz oder teilweise zu ersetzen, sondern diese zu ergänzen (nicht substitutive Krankenversicherung).
 - 3.2. Versicherungsfähig und versicherbar sind nur Personen, die bei einer deutschen GKV versichert sind.
 - 3.3. Das Vorhandensein von Versicherungsschutz und ein Leistungsanspruch aus der GKV sind somit Leistungsvoraussetzungen für einen Anspruch aus unseren Krankenzusatzversicherungen. Ein Leistungsanspruch aus unserer Krankenzusatzversicherung wird aber von uns separat und unabhängig geprüft. Allein ein Leistungsanspruch oder eine Leistung der GKV begründen noch keinen Leistungsanspruch aus unserer Krankenzusatzversicherung.
- 4. Versicherungsnehmer und versicherte Person**
- 4.1. Sie als Versicherungsnehmer sind versicherte Person, soweit Sie die Krankenzusatzversicherung nicht ausdrücklich für eine andere Person abgeschlossen haben und dies im Versicherungsschein dokumentiert ist.
 - 4.2. Soweit Sie als Versicherungsnehmer und versicherte Person weitere Personen mitversichern wollen, bedarf es zur Wirksamkeit, dass auch die weiteren mitversicherten Personen im Versicherungsschein dokumentiert sind. Auf Nr. 3.2. wird verwiesen.
 - 4.3. Wird die Krankenzusatzversicherung für die versicherte Person mehrmals abgeschlossen, besteht im Versicherungsfall der Anspruch auf Versicherungsleistung insgesamt nur einmal.
 - 4.4. Besteht der Vertrag mit mehreren Versicherungsnehmern, muss sich jeder Versicherungsnehmer Kenntnis und Verhalten der übrigen Versicherungsnehmer zurechnen lassen.
- 5. Anzeigepflichten vor Abgabe der Vertragserklärung (Gesundheitsprüfung) und mögliche Rechtsfolgen**
- 5.1. Sie haben uns vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände, die für unseren Entschluss, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gleiches gilt für Fragen zu den Gefahrumständen, die wir nach Abgabe Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme gestellt haben. Als Gefahrumstände gelten insbesondere Auskünfte über den Gesundheitszustand (Vorerkrankungen, Krankheiten, Befunde, Diagnosen, Behandlungen, Operationen u.ä.) der versicherten Person (Gesundheitsprüfung).
 - 5.2. Ist eine Abfrage der Gefahrumstände in Textform für uns vor Vertragsschluss nicht möglich, weil Sie Ihre Vertragserklärung telefonisch abgeben wollen, werden wir Ihre mündlichen Angaben zu den

Gefahrumsständen bei Vertragsschluss in einer Erklärung zur Gesundheitsprüfung dokumentieren. Die Fragen zu den Gefahrumsständen sind auch in diesem Fall wahrheitsgemäß und vollständig zu beantworten. Die Erklärung mit der Dokumentation Ihrer Angaben werden wir Ihnen dann zusammen mit dem Versicherungsschein und den sonstigen Vertragsunterlagen überlassen. Sie haben uns die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben durch Unterzeichnung und Rücksendung der Erklärung mit unverändertem Inhalt ohne Streichungen, Änderungen oder Ergänzungen zu bestätigen.

- 5.3. Solange Sie uns nicht Ihre mündlich gemachten Erklärungen schriftlich bestätigt haben, besteht nur Versicherungsschutz, wie er ohne eine Gesundheitsprüfung möglich gewesen wäre. Bei einer Krankenhaus-Zusatzversicherung besteht nur Versicherungsschutz im Rahmen der Bestimmungen gemäß Abschnitt C Nr. 1.4.
- 5.4. Bestätigen Sie uns Ihre gemachten Erklärungen nicht schriftlich oder nehmen Sie Streichungen, Änderungen oder Ergänzungen in der Erklärung zur Gesundheitsprüfung vor, behalten wir uns nach Maßgabe der folgenden Regelungen den Rücktritt oder die Kündigung des Vertrages oder die Anpassung des Vertrages an die geänderten Bedingungen vor.
- 5.5. Verletzen Sie Ihre Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie weisen nach, dass Sie weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gehandelt haben. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. In diesem Fall haben wir das Recht, den Vertrag den geänderten Bedingungen gegebenenfalls von Anfang an, also auch rückwirkend anzupassen.
- 5.6. Im Falle des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt eines Versicherungsfalles, bleiben wir zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht angezeigte Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Wir sind allerdings von der Leistung frei, wenn Sie arglistig gehandelt haben.
- 5.7. Können wir aufgrund der vorstehenden Regelungen nicht vom Vertrag zurücktreten, sind wir berechtigt, den Vertrag mit einer Frist von einem Monat zu kündigen, es sei denn wir hätten den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen. Auch in diesem Fall haben wir das Recht, den Vertrag den geänderten Bedingungen gegebenenfalls von Anfang an, also auch rückwirkend anzupassen.
- 5.8. Die vorstehenden Regelungen gelten entsprechend, wenn die Krankenzusatzversicherung von Ihnen für eine andere versicherte Person abgeschlossen wird und sich die Anzeigepflichten, insbesondere im Rahmen der Gesundheitsprüfung, auf Gefahrumsstände beziehen, die die versicherte Person betreffen. Sie als Versicherungsnehmer haben auch in diesem Fall dafür einzustehen, das Fragen zu den Gefahrumsständen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Alle Angaben und Erklärungen der versicherten Person sowie die daraus resultierenden Rechtsfolgen müssen Sie sich zurechnen lassen.

6. Vertragliche Obliegenheiten vor und nach Eintritt des Versicherungsfalles und mögliche Rechtsfolgen

- 6.1. Nach diesen Kranken-Versicherungsbedingungen haben Sie uns gegenüber bestimmte, vertragliche Obliegenheiten vor und nach Eintritt des Versicherungsfalles zu erfüllen. Soweit die Obliegenheiten für alle Krankenzusatzversicherungen gelten, sind sie nachfolgend aufgeführt. Soweit sie nur für einzelne Krankenzusatzversicherungen gelten, sind sie im jeweiligen Abschnitt dieses Bedingungswerkes gesondert vereinbart und verweisen auf diese Regelung. In jedem Fall gelten somit die

nachstehenden Rechtsfolgen.

- 6.2. Bei Verletzung einer der vertraglichen Obliegenheiten, die Sie vor Eintritt des Versicherungsfalles uns gegenüber zu erfüllen haben, können wir den Vertrag binnen eines Monats, nachdem wir von der Verletzung Kenntnis erlangt haben, fristlos kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- 6.3. Sie haben uns die Beendigung Ihrer Versicherung in der GKV unverzüglich in Textform anzuzeigen.
- 6.4. Sobald Sie Kenntnis vom Eintritt eines Versicherungsfalles erlangen, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen und uns auf Verlangen auch jede weitere Auskunft erteilen, die für die Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistungspflicht erforderlich ist.
- 6.5. Sie haben bei Eintritt eines Versicherungsfalles nach Möglichkeit für die Abwendung weiterer Schäden oder für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung der versicherten Person hinderlich sind oder ihr entgegenstehen. Soweit es die Umstände gestatten, haben Sie hierfür unsere Weisungen einzuholen und, soweit es Ihnen zumutbar ist, danach auch zu handeln.
- 6.6. Im Versicherungsfalle haben Sie uns sämtliche Belege (insbesondere Arzt- oder Zahnarzt-, Krankenhaus-, Material- und Laborkostenrechnung etc.) im Original und, sofern ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht, mit Erstattungsvermerk der GKV einzureichen, aus denen sich der von der GKV erstattete, befundbezogene Anteil betragsmäßig ergeben muss. Diese Unterlagen müssen den Vor- und Zunamen der versicherten Person tragen. Die Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen müssen spezifiziert sein. Nachweise von Kosten für zahntechnische Leistungen sind ebenfalls einzureichen. Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.
- 6.7. Besteht ein Erstattungsanspruch gegen Dritte, so sind die Leistungen des Dritten in Anspruch zu nehmen und die Zweitschriften der Rechnungen mit Erstattungsvermerk einzureichen.
- 6.8. Soweit es für die Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist, hat die versicherte Person auf unser Verlangen uns gegenüber die behandelnden Ärzte und die Angehörigen von Heilberufen, von Krankenanstalten und von anderen Unfall-, Kranken- oder Lebensversicherern sowie von Behörden im erforderlichen Umfang widerruflich von ihrer Schweigepflicht insbesondere hinsichtlich der Gesundheitsdaten zu befreien.
- 6.9. Die versicherte Person ist auf unser Verlangen verpflichtet, sich auf unsere Kosten durch einen neutralen Arzt untersuchen zu lassen, soweit dies zur Beurteilung unserer Leistungspflicht erforderlich ist, insbesondere wenn Zweifel an der Notwendigkeit der dem Leistungsfall zugrunde liegenden ärztlichen Maßnahme oder an dem Gesundheitszustand der versicherten Person vor oder nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehen. Die ärztliche Untersuchung beschränkt sich in jedem Fall auf die für die Entscheidung unserer Leistungspflicht konkret in Frage stehende ärztliche Maßnahme.
- 6.10. Verletzen Sie eine der vertraglichen Obliegenheiten vorsätzlich sind wir von der Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Obliegenheit sind wir berechtigt, die Leistung entsprechend der Schwere Ihres Verschuldens zu kürzen.
- 6.11. Außer im Falle einer arglistigen Obliegenheitsverletzung sind wir zur Leistung verpflichtet, wenn die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist.
- 6.12. Unsere vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit bei Verletzung einer der nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobligaten hat zur Voraussetzung, dass wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

7. Anzeigen und Willenserklärungen

- 7.1. Für uns bestimmte Anzeigen und Erklärungen haben in Textform an uns zu erfolgen. Wir verzichten nachträglich auf dieses Erfordernis, wenn wir Ihre mündliche Erklärung Ihnen gegenüber in Textform bestätigen. Die Regelungen in Nr. 5. bleiben hiervon unberührt.
- 7.2. Die Annahme von Versicherungsbeiträgen oder das Einziehen offener Forderungen stellt keine Bestätigung irgendeines Sachverhaltes oder die Abgabe einer rechtserheblichen Erklärung dar.

8. Laufzeit und Kündigung des Vertrages

- 8.1. Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Als Versicherungsperiode gilt ein Monat.
- 8.2. Sie haben, soweit nach Nr. 9. nichts anderes gilt, das Recht, den Vertrag täglich zu kündigen. Für die Kündigung ist der von Ihnen angegebene Zeitpunkt, frühestens der Zugang Ihrer Kündigungserklärung bei uns maßgeblich.
- 8.3. Wir verzichten Ihnen gegenüber auf unser Recht, den Vertrag ordentlich zu kündigen. Unser Recht, den Vertrag außerordentliche u.a. wegen falscher Angaben bei Vertragschluss oder wegen Zahlungsverzuges zu kündigen, bleibt hiervon unberührt.
- 8.4. Die vorgenannten Regelungen gelten nur, soweit nichts anderes mit Ihnen vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurde.

9. Ausschluss der ordentlichen Kündigung bei Inanspruchnahme einer Versicherungsleistung

- 9.1. Nehmen Sie eine Leistung aus einer Krankenzusatzversicherung in Anspruch, ist für Sie das ordentliche Kündigungsrecht nach der Nr. 8.2. für eine Frist von 12 Monaten ausgeschlossen.
- 9.2. Die Frist beginnt mit dem Ende des Monats, in dem die der Leistung zugrunde liegende Behandlung durchgeführt wurde. Werden mit der Leistung gleichzeitig mehrere Behandlungen liquidiert, so zählt für den Beginn der Frist das spätere Datum der Behandlung. Mit jeder weiteren Inanspruchnahme einer Leistung innerhalb der Frist beginnt die Frist von neuem zu laufen, maximal jedoch für einen zusammenhängenden Zeitraum von insgesamt 36 Monaten. Nach Ablauf der Frist können Sie den Vertrag wieder entsprechend der Nr. 8.2. ordentlich kündigen.
- 9.3. Wird der Vertrag von uns innerhalb der Frist, in der das ordentliche Kündigungsrecht für Sie ausgeschlossen ist, aus einem Grund außerordentlich gekündigt, den Sie zu vertreten haben, sind wir berechtigt, den uns dadurch für die Restlaufzeit der Frist entgangenen Beitrag als Schadenersatz geltend zu machen.

10. Fälligkeit des Erstbeitrags und Beginn des Versicherungsschutzes

- 10.1. Der Erstbeitrag wird mit Zugang der Rechnung fällig, soweit nichts anderes mit Ihnen vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurde.
- 10.2. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginn nur, wenn auch die Zahlung des fälligen Erstbeitrags erfolgt ist.
- 10.3. Zahlen Sie den fälligen Erstbeitrag erst nach dem vereinbarten Versicherungsbeginn, beginnt der Versicherungsschutz erst mit Zahlungseingang, es sei denn, Sie haben die Verzögerung nicht zu vertreten.
- 10.4. Der Erstbeitrag gilt als bezahlt, wenn der entsprechenden Betrag rechtzeitig bei uns eingegangen ist oder von Ihrem Konto eingezogen werden konnte und Sie der Einziehung nicht widersprechen. Als rechtzeitig gilt eine Zahlung, die unverzüglich, spätestens jedoch innerhalb von drei Tagen nach Erhalt der Rechnung erfolgt ist.
- 10.5. Wir sind berechtigt, vor Abschluss eines Vertrages mit Ihnen eine Bonitätsprüfung durch eine anerkannte Auskunftsfirma durchzuführen, wenn dies zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlich ist und

kein Grund zu der Annahme besteht, dass Ihr schutzwürdiges Interesse an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung der Daten überwiegt. Wird uns für Ihre Person eine nicht ausreichende Bonität gemeldet, können wir den Vertrag unter der Bedingung schließen, dass der Erstbeitrag rechtzeitig von Ihnen gezahlt wird. Mit Zusendung Ihres Versicherungsscheins und der sonstigen Vertragsunterlagen erlangen Sie keinen, auch keinen vorläufigen Versicherungsschutz. Zahlen Sie den Erstbeitrag nicht oder nicht rechtzeitig, gilt der Vertrag als von Anfang an nicht zustande gekommen, ohne dass es noch einer gesonderten Erklärung von uns bedarf. Sie haben dann zu keiner Zeit Versicherungsschutz erlangt. Als nicht rechtzeitig gilt in diesem Fall eine Zahlung, die nicht innerhalb von 14 Tagen nach Erhalt der Vertragsunterlagen erfolgt ist. Im Übrigen gilt Nr. 10.4.

11. Fälligkeit der Folgebeiträge

- 11.1. Die Folgebeiträge sind, soweit nicht eine andere Zahlungsweise vereinbart wurde, jeweils zu Beginn der neuen Versicherungsperiode fällig, also monatlich zum entsprechenden Tag des Monats, der der Zahl nach dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn entspricht. Sie haben die Möglichkeit, im Voraus vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zu zahlen.
- 11.2. Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben. Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.
- 11.3. Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss.
- 11.4. Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Nr. 11.3. darauf hingewiesen wurden.
- 11.5. Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Nr. 11.3. darauf hingewiesen haben.
- 11.6. In den Fällen gemäß Nrn. 11.4. und 11.5. wird, sofern Sie bei uns mehrere Einzelversicherungen abgeschlossen haben, eine Teilzahlung der rückständigen Beiträge auf alle Einzelversicherungen zu gleichen Anteilen angerechnet, es sei denn, Sie haben schriftlich eine andere Zahlungsbestimmung getroffen. Versicherungsschutz entsteht erst wieder, wenn Sie die rückständigen Beiträge vollständig bezahlt haben.
- 11.7. Haben wir gekündigt und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz. Die Regelung in Nr. 11.6. gilt entsprechend.

12. Wartezeit

- 12.1. Es kann mit Ihnen eine allgemeine Wartezeit (u.a. für Krankheitskostenversicherungen) von bis zu drei Monaten und eine besondere Wartezeit (u.a. für Zahnbehandlungen und Zahnersatz oder bei Schwangerschaften und Entbindungen) von bis zu acht Monaten vereinbart werden. Eine vereinbarte Wartezeit wird im Versicherungsschein dokumentiert.
- 12.2. Für vor oder während der Wartezeit eingetretene Versicherungsfälle besteht kein Leistungsanspruch.
- 12.3. Vereinbarte Wartezeiten rechnen vom Beginn des Versicherungsschutzes an. Sie gelten nicht bei Unfällen.

13. Besonderheiten beim Lastschriftverfahren

- 13.1. Sie haben dafür Sorge zu tragen, dass unsere vereinbarte Einziehung des fälligen Beitrags von Ihrer Bank ausgeführt wird. Dazu gehört unter anderem, dass Sie Ihre Bank über die uns erteilte Einzugsermächtigung informieren und Ihr Konto eine ausreichende Deckung aufweist.
- 13.2. Im Fall einer Rücklastschrift wird bis zum Ausgleich der fälligen Beiträge ein vereinbartes Einzugsverfahren ausgesetzt. Wir werden in diesem Fall trotz erteilter Einzugsermächtigung die fälligen Beiträge nicht mehr von Ihrem Konto abbuchen. Sie sind dann verpflichtet, die fälligen Beiträge an uns zu überweisen. Von der erteilten Einzugsermächtigung machen wir erst wieder Gebrauch, wenn Sie die fälligen Beiträge an uns überwiesen haben und Ihr Beitragskonto ausgeglichen ist.
- 13.3. Im Falle einer Rücklastschrift sind Sie zum Ausgleich der uns insoweit anfallenden Kosten verpflichtet. Wir erheben daher eine angemessene Gebühr in Höhe von 15 €, es sei denn, die Rücklastschrift oder die Kreditkartenrückabwicklung ist von Ihnen nicht zu vertreten.

14. Beitragsberechnung und Beitragsanpassung

- 14.1. Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in unseren technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt.
- 14.2. Ein wesentlicher Faktor der Beitragsberechnung ist das Geschlecht und das jeweilige Alter der versicherten Person. Die Beiträge sind daher nach Geschlecht und Alterstufen gestaffelt. Die Altersstufen und die Höhe der Beiträge können Sie der jeweils gültigen Beitragsübersicht entnehmen, die Anlage zu diesen Bedingungen ist oder im Versicherungsschein aufgeführt ist.
- 14.3. Erreicht die versicherte Person die jeweils nächste Altersstufe, haben Sie unabhängig von der vereinbarten Zahlungsweise ab der nächsten darauf folgenden Versicherungsperiode den für diese Altersstufe gültigen Beitrag zu zahlen.
- 14.4. Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Versicherungsleistungen z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten oder geringerer Zuschüsse der gesetzlichen Krankenversicherung, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Wir vergleichen daher jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt der Vergleich der erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen eine Abweichung von mehr als 10 %, so werden die Beiträge von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können die Beiträge von uns überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst werden. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- 14.5. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und, soweit erforderlich, den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.
- 14.6. Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und vereinbarten Risikozuschlägen werden unabhängig von der vereinbarten Zahlungsweise zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf eine entsprechende Benachrichtigung an Sie folgt.

15. Beitragsrückerstattung wegen Leistungsfreiheit

- 15.1. Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, gewähren wir Ihnen pro vollem Kalenderjahr für jede versicherte Person eine

Beitragsrückerstattung, wenn

- 15.1.1. die versicherte Person im ganzen Kalenderjahr keine Leistung aus dieser Versicherung einschließlich der Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung gemäß Abschnitt B in Anspruch genommen hat,
- 15.1.2. für die versicherte Person im Rahmen dieser Versicherung während des Kalenderjahres durchgehend Versicherungsschutz bestand und sie auch im nachfolgenden Kalenderjahr noch sechs Monate versichert ist und
- 15.1.3. alle fälligen Beiträge für diese Versicherung vollständig gezahlt worden sind.
- 15.2. Die Auszahlung der Beitragsrückerstattung wird mit Ablauf des jeweiligen Kalenderjahres fällig und kann durch Überweisung oder durch Verrechnung mit den zu zahlenden Beiträgen erfolgen.
- 15.3. Die Höhe der Beitragsrückerstattung ist im Versicherungsschein dokumentiert und kann nach der Anzahl der aufeinander folgenden Jahre, in denen die vorgenannten Voraussetzungen erfüllt worden sind, gestaffelt werden.

16. Regulierung innerhalb von 48 Stunden und Auszahlung einer Versicherungsleistung

- 16.1. Wir regulieren jeden Versicherungsfall innerhalb von 48 Stunden. Voraussetzung ist, dass Sie uns alle zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung nötigen Informationen und Unterlagen, soweit erforderlich auch im Original, vorlegen. Hierzu zählen sämtliche Belege (z. B. Arztrechnungen, Material- und Laborkostenrechnungen, Heil- und Kostenplan etc.) mit dem Erstattungsvermerk der gesetzlichen Krankenversicherung, soweit dies Leistungsvoraussetzung ist. Die Unterlagen müssen auf die versicherte Person ausgestellt sein sowie die Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen beinhalten.
- 16.2. Unsere Selbstverpflichtung zur Schadenregulierung innerhalb von 48 Stunden können wir darüber hinaus nur einhalten, wenn wir uns uneingeschränkt unserer Regulierungs- und Bearbeitungsinfrastruktur auch im Sinne von Nr. 18 bedienen können. Sollten Sie dem ganz oder teilweise widersprechen, kann es zu einer Verzögerung bei der Schadenregulierung kommen.
- 16.3. Wir können die Zahlung aufschieben, solange Zweifel an Ihrer Empfangsberechtigung bestehen oder ein behördliches oder strafgerichtliches Verfahren gegen Sie oder Ihren Repräsentanten aus Anlass dieses Versicherungsfalls läuft.
- 16.4. Eine Versicherungsleistung kann nur von Ihnen als Versicherungsnehmer verlangt werden. Haben Sie uns gegenüber in Textform eine versicherte Person als Empfangsberechtigten benannt, kann die Versicherungsleistung nur von dieser verlangt werden. Wir leisten dann an diese versicherte Person mit befreiender Wirkung gegenüber Ihnen und anderen mitversicherten Personen. Nr. 16.5. bleibt hiervon unberührt.
- 16.5. Wir haben das Recht Ihren berechtigten Anspruch auf Auszahlung einer Versicherungsleistung mit fälligen, ausstehenden Versicherungsbeiträgen von Ihnen zu verrechnen.
- 16.6. Die in ausländischer Währung tatsächlich entstandenen erstattungsfähigen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß Devisenkursstatistik, Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt am Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, es wird durch Bankbeleg nachgewiesen, dass die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
- 16.7. Haben Sie oder eine versicherte Person Schadenersatzansprüche nicht

versicherungsrechtlicher Art gegen Dritte, aus einem Umstand, der für unsere Leistungspflicht ursächlich war, so besteht, unabhängig eines gesetzlichen Forderungsübergangs, die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe der von uns erbrachten Leistung an uns abzutreten. Ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht darf ohne unsere Zustimmung nicht aufgegeben werden. Sie haben den Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung des Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch uns, soweit erforderlich, mitzuwirken. Bei Verletzung dieser Obliegenheit gilt Abschnitt Nr. 6. entsprechend. Soweit Sie oder die versicherte Person von schadenersatzpflichtigen Dritten Ersatz der entstandenen Aufwendungen erhalten haben, sind wir berechtigt, den Ersatz auf unsere Leistungen anzurechnen. Richtet sich Ihr Ersatzanspruch gegen eine Person, mit der Sie bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft leben, können wir den Übergang des Ersatzanspruchs nicht geltend machen, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

17. Selbstbeteiligung

- 17.1. Eine Versicherungsleistung wird je Versicherungsfall um die vereinbarte Selbstbeteiligung gekürzt. Dies gilt nicht für Schadenabwendungs- oder Schadenminderungskosten, die auf Weisung des Versicherers angefallen sind. Schäden unterhalb der Selbstbeteiligung sind nicht Gegenstand des Versicherungsschutzes.
- 17.2. Die Höhe der Selbstbeteiligung kann nach Altersgruppen gestaffelt sein. Die geltenden Altersgruppen und die Höhe der Selbstbeteiligungen sind in der Beitragsübersicht aufgeführt, die Anlage zu diesen Bedingungen ist.
- 17.3. Erreicht die versicherte Person die jeweils nächste Altersgruppe, gilt für alle ab diesem Zeitpunkt neu eingetretenen Schadenfälle die für diese Altersgruppe geltende Selbstbeteiligung.
- 17.4. Soweit die vereinbarte Höchstleistung einer Krankenzusatzversicherung nicht 100 % der tatsächlich anfallenden Gesamtkosten deckt, haben Sie auch die über die vereinbarte Höchstleistung hinaus gehenden tatsächlichen Kosten selbst zu tragen.

18. Datenverarbeitung

- 18.1. Wir richten uns bei der Datenverarbeitung nach dem Bundesdatenschutzgesetz (BDSG), das die Datenverarbeitung und -nutzung erlaubt, soweit dies im Rahmen der Zweckbestimmungen des Vertragsverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen auf unserer Seite erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass Ihr schutzwürdiges Interesse an dem Ausschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.
- 18.2. Wir speichern und verarbeiten die für Ihren Versicherungsvertrag notwendigen Daten. Das sind Ihre Angaben bei Vertragsschluss einschließlich Ihrer Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand (Antragsdaten), versicherungstechnische Daten, wie Versicherungsnummer, -summe, -dauer, Beitrag und Bankverbindung (Vertragsdaten) sowie im Versicherungsfall Angaben zum Schaden oder Angaben Dritter zum Schadensfall (Leistungsdaten).
- 18.3. Um Ihnen einen umfassenden und kostengünstigen Versicherungsschutz bieten zu können, haben wir das Erbringen bestimmter Versicherungsdienstleistungen (z.B. Betrieb, Vertrieb oder Schadenbearbeitung) auf zwar rechtlich selbständige, aber zum DFV-Verbund gehörende Unternehmen und Servicegesellschaften verteilt. Aus diesem Grund werden Ihre Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten bei uns zentral gespeichert und den zum DFV-Verbund gehörenden Unternehmen und Servicegesellschaften zur Erbringung der genannten Versicherungsdienstleistungen zur Verfügung gestellt.

- 18.4. Wir sind berechtigt, Ihre Angaben gegebenenfalls durch Rückfragen bei Ihrem Vorversicherer oder bei Ihrem Mitversicherer zu überprüfen. Wir sind weiterhin berechtigt, Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten unserem Rückversicherer oder unserem Vertragspartner zur Risikokalkulation zur Verfügung zu stellen, soweit dies von diesem zur Risikobewertung, Beitragskalkulation oder Schadenregulierung erforderlich ist.
- 18.5. Soweit wir mit Rückversicherern, Schadenabwicklungsunternehmen oder sonstigen Kooperationspartnern zusammenarbeiten, stellen wir, soweit möglich durch eine Anonymisierung Ihrer Daten und durch entsprechende Datenschutzabkommen sicher, dass eine Verarbeitung und Nutzung der Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten nur intern und im Rahmen der Zweckbestimmung des Versicherungsvertrages und nicht zu anderen Zwecken erfolgt.
- 18.6. Wir können den gesamten Schriftverkehr, insbesondere auch Ihre an uns gerichteten Schreiben mit einem anerkannten und zertifizierten System elektronisch archivieren. Sie sind damit einverstanden, dass wir Originale nach dem Einscannen und Speichern vernichten.

19. Ausschluss vom Versicherungsschutz

- Es besteht kein Versicherungsschutz für
- 19.1. bei Vertragsschluss bereits erkennbar vorhandene Ursachen und deren Folgen, die eine unter den Versicherungsschutz fallende Heilbehandlung oder Regelversorgung notwendig machen,
- 19.2. eine bereits vor Versicherungsbeginn bekannte, medizinisch angeratene oder begonnene Heilbehandlung oder Maßnahme der Regelversorgung. Eine innerhalb von drei Monaten nach Versicherungsbeginn begonnene Heilbehandlung oder Maßnahme der Regelversorgung gilt als bereits vor Versicherungsbeginn bekannt oder medizinisch angeraten, es sei denn, sie weisen nach, dass diese Maßnahme tatsächlich erst nach Versicherungsbeginn bekannt wurde oder medizinisch angeraten war,
- 19.3. Aufwendungen oder Abrechnungen, die den Vorschriften der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) nicht entsprechen oder die dort festgesetzten Höchstsätze überschreiten, sofern nach diesen Bedingungen nichts anderes gilt,
- 19.4. Aufwendungen oder Abrechnungen für Heilbehandlungen oder sonstige Maßnahmen, die in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen stehen,
- 19.5. Aufwendungen oder Abrechnungen für Heilbehandlungen oder sonstige Leistungen, die das medizinisch notwendige Maß übersteigen. In diesen Fällen können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen,
- 19.6. eine gezahlte Praxisgebühr, es sei denn, es wurde etwas anderes vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert,
- 19.7. Behandlungen durch Ehepartner oder Lebenspartner, Eltern oder Kinder, es sei denn, wir haben auf Anfrage der Behandlung vor Beginn in Textform zugestimmt. Nachgewiesene Sachkosten werden ungeachtet unserer Zustimmung in jedem Fall entsprechend diesen Bedingungen erstattet,
- 19.8. vorsätzlich herbeigeführte Versicherungsfälle einschließlich deren Folgen,
- 19.9. Versicherungsfälle, die durch vorsätzliche Ausführung oder strafbarem Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch Sie verursacht wurden,
- 19.10. Versicherungsfälle, soweit sie auf Unfälle zurückzuführen sind, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird. Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die

versicherte Person aufhält. Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht oder Reisewarnungen durch das Auswärtige Amt der Bundesrepublik Deutschland ausgesprochen wurden. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen.

20. Verjährung

- 20.1. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren.
20.2. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und Sie von den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt haben oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen mussten.

21. Gerichtsstand

- 21.1. Für Klagen gegen uns aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ist neben den Gerichtsständen der Zivilprozessordnung auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben.
21.2. Klagen gegen Sie sind bei dem für Ihren inländischen Wohnsitz zuständigen Gericht zu erheben.
21.3. Haben Sie Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verlegt oder ist er im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, so gilt auch für Klagen gegen Sie das für unseren Sitz zuständige Gericht als örtlich zuständig.

22. Anzuwendendes Recht

Für alle Versicherungsverträge, denen diese Bedingungen zugrunde liegen, gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

B) Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung

1. Gegenstand der Arbeitslosigkeits- und der Arbeitsunfähigkeitsversicherung
2. Wartezeit bei der Arbeitslosigkeitsversicherung
3. Karenzzeit bei der Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung
4. Kenntnis von der bevorstehenden Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit
5. Voraussetzungen für Leistungen aus der Arbeitslosigkeitsversicherung
6. Voraussetzungen für Leistungen aus der Arbeitsunfähigkeitsversicherung
7. Zusatzleistung oder Ratenabsicherung
8. Beginn und Ende der Beitragsbefreiung
9. Obliegenheiten im Versicherungsfall
10. Einschränkungen und Ausschlüsse der Leistungspflicht
11. Mehrere Personen oder Versicherungsnehmer
12. Kündigung des Arbeitsverhältnisses oder Aufhebungsvertrag
13. Beitragsbefreiung und Leistungen nach Beendigung der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit
14. Kündigung des Versicherungsvertrages

1. Gegenstand der Arbeitslosigkeits- und der Arbeitsunfähigkeitsversicherung

- 1.1. Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, ist bei Versicherungen, die Sie bei uns abschließen, eine Arbeitslosigkeits- und/oder eine Arbeitsunfähigkeitsversicherung integriert. Es handelt sich hierbei um separate Versicherungen, die jeweils getrennt voneinander vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert sein müssen. Versichert werden können Personen, die bei Beginn des Versicherungs-

schutzes mindestens 18 Jahre alt sind und das 63. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

- 1.2. Sollten Sie unter den nachstehenden Bedingungen arbeitslos oder arbeitsunfähig werden, sind Sie auf Antrag für die Dauer der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit von der Zahlung Ihrer Beiträge für die bei uns abgeschlossenen Versicherungen bei Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes befreit. Bis zum Zeitpunkt unserer Entscheidung über Ihren Antrag müssen Sie die vereinbarten Beiträge weiter entrichten. Sollten Sie gleichzeitig arbeitslos und arbeitsunfähig werden und ist beides versichert, haben Sie, solange die Arbeitslosigkeit und die Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig andauern, dennoch nur einen Anspruch auf Beitragsbefreiung. In diesem Fall sind mit der Beitragsbefreiung die Ansprüche sowohl aus der Arbeitslosigkeits- als auch der Arbeitsunfähigkeitsversicherung abgegolten.
1.3. Nach Beendigung der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit spätestens aber nach Ablauf einer Beitragsbefreiung von 12 Monaten wird der Vertrag unverändert, jedoch beitragspflichtig fortgeführt. Die Arbeitslosigkeits- oder die Arbeitsunfähigkeitsversicherung können Sie grundsätzlich so oft in Anspruch nehmen, wie Sie arbeitslos oder arbeitsunfähig werden, maximal jedoch für insgesamt 12 Monate innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren. Nach diesem Zeitraum beginnt dieser erneut zu laufen, soweit der Versicherungsvertrag fortbesteht.
1.4. Unabhängig von den Regelungen in diesem Abschnitt endet die Arbeitslosigkeits- und die Arbeitsunfähigkeitsversicherung in jedem Fall mit Renteneintritt, bei Bezug einer Berufsunfähigkeitsrente oder mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Dies hat keine Auswirkungen auf den Beitrag der Hauptversicherung.

2. Wartezeit bei der Arbeitslosigkeitsversicherung

Versicherungsfälle aufgrund von Arbeitslosigkeit, die innerhalb von sechs Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes eintreten, sind für die gesamte Dauer dieser Arbeitslosigkeit nicht versichert.

3. Karenzzeit bei der Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung

Bei der Arbeitslosigkeits- und der Arbeitsunfähigkeitsversicherung gilt in jedem Fall eine Karenzzeit von drei Monaten. Leistungen wegen Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit können Sie daher erstmals in Anspruch nehmen, nachdem die Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit jeweils drei Monate ununterbrochen angedauert hat. Der Zeitraum der Karenzzeit ist für uns leistungsfrei.

4. Kenntnis von der bevorstehenden Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit

Wenn Sie den Versicherungsvertrag mit integrierter Arbeitslosigkeits- oder Arbeitsunfähigkeitsversicherung in Kenntnis einer bevorstehenden Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit abschließen und tatsächlich innerhalb von 12 Monaten nach Abschluss des Versicherungsvertrages arbeitslos oder arbeitsunfähig werden, besteht kein Anspruch aus der Arbeitslosigkeits- oder Arbeitsunfähigkeitsversicherung.

5. Voraussetzungen für Leistungen aus der Arbeitslosigkeitsversicherung

- 5.1. Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie als Arbeitnehmer aus einem unbefristeten, sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis (kein Wehr- und Zivildienst, Ausbildungsverhältnis, Erziehungsurlaub oder Selbständigkeit) heraus unverschuldet arbeitslos werden und nicht mehr gegen Entgelt tätig sind. Auch Einkünfte aus einer geringfügigen Beschäftigung sind Entgelt im Sinne dieser Bedingungen, selbst wenn sie einem Anspruch auf Leistungen der Agentur für Arbeit nicht

- entgegenstehen. Die Arbeitslosigkeit endet mit Aufnahme einer selbständigen, freiberuflichen oder abhängigen Beschäftigung, auch wenn diese weniger als 15 Wochenstunden umfasst und kein oder nur geringfügiges Entgelt erzielt wird.
- 5.2. Ein Anspruch aus der Arbeitslosigkeitsversicherung besteht unter folgenden Bedingungen:
- 5.2.1. Sie haben mit uns einen wirksamen, unwiderrufenen Versicherungsvertrag mit integrierter Arbeitslosigkeitsversicherung abgeschlossen;
- 5.2.2. Sie haben vor Eintritt der Arbeitslosigkeit die fälligen Beiträge vollständig bezahlt;
- 5.2.3. Sie werden nach Versicherungsbeginn arbeitslos und haben sich bis zur ersten Inanspruchnahme der Leistung aus der Arbeitslosigkeitsversicherung mindestens 12 Monate ununterbrochen in einem ungekündigten, sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis mit einer Arbeitszeit von mindestens 15 Stunden pro Woche bei dem gleichen Arbeitgeber befunden;
- 5.2.4. Sie hatten keine Kenntnis von der drohenden Arbeitslosigkeit gemäß Nr. 4;
- 5.2.5. die Wartezeit gemäß Nr. 2 ist abgelaufen und
- 5.2.6. Sie weisen Ihre Arbeitslosigkeit und den Bezug von Arbeitslosengeld durch Vorlage einer Bescheinigung der Agentur für Arbeit und des letzten Arbeitgebers sowie des Arbeitsvertrages und des Kündigungsschreibens nach und suchen aktiv ein neues Beschäftigungsverhältnis.
- 5.3. Im Falle wiederholter Arbeitslosigkeit müssen Sie vor Beginn der erneuten Arbeitslosigkeit länger als sechs Monate ununterbrochen beim selben Arbeitgeber mindestens 15 Stunden pro Woche unbefristet sozialversicherungspflichtig beschäftigt gewesen sein.
- 5.4. Sofern der Arbeitslosigkeit ein befristetes Beschäftigungsverhältnis vorausging, werden wir nur dann leisten, wenn die Arbeitslosigkeit nicht wegen Ablauf der Befristung eintritt und die weiteren Voraussetzungen für einen Anspruch nach diesem Abschnitt vorliegen. Die Leistungsdauer ist in diesem Fall begrenzt bis zum ursprünglich vorgesehenen Ablauf der Befristung, maximal jedoch auf 12 Monate.
- 6. Voraussetzungen für die Leistungen aus der Arbeitsunfähigkeitsversicherung**
- 6.1. Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Sie aufgrund eines Unfalls oder Krankheit ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben können, sie auch nicht ausüben und auch keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgehen.
- 6.2. Ein Anspruch aus der Arbeitsunfähigkeitsversicherung besteht unter folgenden Bedingungen:
- 6.2.1. Sie haben mit uns einen wirksamen, unwiderrufenen Versicherungsvertrag mit integrierter Arbeitsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen;
- 6.2.2. Sie haben vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit die fälligen Beiträge vollständig bezahlt;
- 6.2.3. Sie werden nach Versicherungsbeginn arbeitsunfähig;
- 6.2.4. Sie hatten keine Kenntnis von der drohenden Arbeitsunfähigkeit gemäß Nr. 4.;
- 6.2.5. die Karenzzeit gemäß Nr. 3. ist abgelaufen und
- 6.2.6. Sie weisen Ihre Arbeitsunfähigkeit durch Vorlage ärztlicher Atteste und einer Bescheinigung des Arbeitgebers oder Ihrer Krankenkasse nach.
- 7. Zusatzleistung oder Ratenabsicherung**
- 7.1. Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, erhalten Sie zusätzlich zur Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit eine monatliche Zusatzleistung als Geldbetrag oder als sonstige, geldwerte Leistung (z. B. Ratenabsicherung). Die vereinbarte Art und Höhe der Zusatzleistung oder Ratenabsicherung ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein.
- 7.2. Der Anspruch auf die Zusatzleistung oder Ratenabsicherung entsteht, wenn auch die Voraussetzungen für die Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit nach diesem Abschnitt erfüllt sind. Die Zusatzleistung oder Ratenabsicherung wird für die Dauer der Beitragsbefreiung gewährt und ist ebenfalls auf maximal 12 Monate innerhalb von drei Jahren begrenzt. Nr. 1.3. gilt entsprechend. Endet der Anspruch auf Beitragsbefreiung, endet auch der Anspruch auf die Zusatzleistung oder Ratenabsicherung.
- 7.3. Soweit vereinbart, kann die Zusatzleistung auch durch einen Sachwert, Gutschein oder durch Übernahme einer Ihrer bei Eintritt der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit bereits bestehenden, vertraglichen Verbindlichkeiten (Ratenabsicherung) gegenüber einem Dritten bis zur vereinbarten Höhe erfüllt werden. Soweit die vertragliche Verbindlichkeit in Kenntnis einer bevorstehenden Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit eingegangen wurde, gilt Nr. 4 entsprechend. Im Falle der Übernahme einer ihrer vertraglichen Verbindlichkeiten gegenüber einem Dritten haben Sie uns Grund und Höhe der Verbindlichkeit durch Vorlage des Vertrages und der Rechnung nachzuweisen. Wir sind dann berechtigt, Ihnen gegenüber mit befreiender Wirkung direkt an den Dritten zu leisten.
- 7.4. Auf die Zusatzleistung oder Ratenabsicherung finden im Übrigen die Vorschriften nach diesem Abschnitt entsprechend Anwendung.
- 8. Beginn und Ende der Beitragsbefreiung**
- 8.1. Die Beitragsbefreiung beginnt mit Eintritt der Arbeitslosigkeit oder der Arbeitsunfähigkeit bzw. dem Ablauf der Wartezeit oder der Karenzzeit. Sie endet mit Beendigung der Arbeitslosigkeit oder der Arbeitsunfähigkeit bzw. nach Ablauf einer Beitragsbefreiung von 12 Monaten. Nr. 9.1. bleibt hiervon unberührt.
- 8.2. Fällt der Eintritt oder die Beendigung der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit in die laufende Versicherungsperiode, erstreckt sich die Beitragsbefreiung nur auf den Zeitraum der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit. Der Monatsbeitrag für diese Versicherungsperiode bleibt anteilig für den Zeitraum zur Zahlung fällig, in dem keine Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit bestand.
- 9. Obliegenheiten im Versicherungsfall**
- 9.1. Sie haben uns binnen drei Monaten nach dem Eintritt den Versicherungsfall anzuzeigen. Erfolgt die Anzeige des Versicherungsfalles später als drei Monate nach dem Eintritt, so entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistung frühestens mit dem Beginn des Monats der Anzeige. Mit der Anzeige sind die Unterlagen gemäß Nr. 5.2.6. und 6.2.6. einzureichen.
- 9.2. Sie haben uns auf Verlangen weitere ärztliche Atteste oder Bescheinigungen von Behörden, Krankenkassen und Arbeitgebern vorzulegen oder Ihre Untersuchung durch einen von uns zu beauftragenden und zu bezahlenden Arzt zu dulden.
- 9.3. Durch sonstige Nachweise entstehende Kosten sind von Ihnen zu tragen. Die Unterlagen sind im Original oder in öffentlich beglaubigter Abschrift einzureichen.
- 9.4. Sie haben nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die Ihrer Genesung oder der Erlangung einer neuen Arbeitsstelle bzw. beruflichen Tätigkeit hinderlich sind.
- 9.5. Sie haben uns eine Verringerung des Grades der Arbeitsunfähigkeit oder eine neue berufliche Tätigkeit im Sinne dieser Bedingungen unverzüglich anzuzeigen.
- 9.6. Bei Verletzung einer der vorgenannten Obliegenheiten können wir ganz

oder zum Teil von der Leistung frei sein. Ergänzend gilt die Regelung in Abschnitt A) Nr. 6.

10. Einschränkungen und Ausschlüsse der Leistungspflicht

- 10.1. Es besteht kein Leistungsanspruch, wenn der Versicherungsfall nicht in Deutschland festgestellt und laufend überprüft werden kann.
- 10.2. Es besteht kein Leistungsanspruch, wenn die Arbeitsunfähigkeit verursacht ist
- 10.2.1. durch die absichtliche Herbeiführung von Krankheiten oder absichtliche Selbstverletzung, es sei denn, es wird nachgewiesen, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;
- 10.2.2. durch eine Sucht, Einnahme von Drogen, Medikamentenmissbrauch, Alkoholismus oder durch eine durch Trunkenheit bedingte Bewusstseinsstörung; letztere wird vermutet, wenn die Trunkenheit zum Zeitpunkt der Verursachung der Arbeitsunfähigkeit mindestens 1,2 Promille betragen hat;
- 10.2.3. durch eine Schwangerschaft. Leistungen, die wir aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit erbringen, die nicht durch eine Schwangerschaft verursacht ist, werden nicht erbracht für die Zeit des gesetzlichen Mutterschutzes. Während dieser Zeit ruht der Leistungsanspruch.
- 10.2.4. durch psychische Erkrankungen (z. B. Depressionen, psychosomatische Störungen), es sei denn, sie sind von einem Facharzt für psychische Erkrankungen diagnostiziert und werden von einem solchen behandelt;
- 10.2.5. durch Erkrankungen des Bewegungsapparates einschließlich des Skelettes, es sei denn, sie sind von einem Facharzt für orthopädische Erkrankungen diagnostiziert und werden von einem solchen behandelt;
- 10.2.6. durch Unfälle von Ihnen bei der Benutzung von Fahrzeugen (auch nicht motorisierten wie z.B. Fahrrädern), die Sie führen, obwohl Sie infolge des Genusses alkoholischer Getränke oder anderer berauschender Mittel nicht in der Lage sind, das Fahrzeug sicher zu führen;
- 10.2.7. durch Unfälle von Ihnen bei der Benutzung von Luftfahrzeugen (Fluggeräten) ohne Motor, Motorseglern, Ultraleichtflugzeugen, beim Fallschirmspringen, als Luftfahrzeugführer oder als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges sowie bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
- 10.2.8. durch Unfälle, die dem Versicherungsnehmer dadurch zustoßen, dass er sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt oder
- 10.2.9. mittelbar oder unmittelbar durch Kernenergie, ionisierende Strahlen oder Asbest.
- 10.3. Eine bei Beginn des Versicherungsschutzes bestehende Arbeitsunfähigkeit ist nicht versichert. Die erste darauf folgende Arbeitsunfähigkeit ist nur versichert, nachdem der Versicherungsnehmer seine berufliche Tätigkeit nicht nur vorübergehend wieder aufgenommen und ununterbrochen mehr als drei Monate ausgeübt hat.
- 10.4. Versicherungsfälle, die in ursächlichem Zusammenhang mit Ihnen bekannten, ernstlichen Erkrankungen oder Unfallfolgen stehen, wegen derer Sie in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Hauptversicherung ärztlich beraten oder behandelt wurden, sind nicht versichert, wenn sie innerhalb von 24 Monaten nach Beginn der Hauptversicherung eintreten. Ernstliche Erkrankungen sind z. B. Erkrankungen des Herzens, des Kreislaufes (z. B. Bluthochdruck), des Stoffwechsels (z. B. Diabetes), der Wirbelsäule und Gelenke, der Verdauungsorgane sowie Krebs, HIV-Infektionen/Aids sowie psychische und chronische Erkrankungen.

- 10.5. Es besteht kein Leistungsanspruch, wenn die Arbeitslosigkeit
- 10.5.1. bei Beginn des Versicherungsschutzes bereits bestand oder ein gerichtliches Verfahren im Zusammenhang mit der Beendigung des Arbeitsverhältnisses bestand,
- 10.5.2. unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen verursacht wurde oder
- 10.5.3. auf ein Beschäftigungsverhältnis bei einem Ehegatten oder einem in direkter Linie Verwandten bzw. bei einem Unternehmen, dass von einem Ehegatten oder in direkter Linie Verwandten beherrscht wird, folgt.

11. Mehrere Personen als Versicherungsnehmer

- 11.1. Sie müssen als Versicherungsnehmer von der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit betroffen sein, soweit nichts anderes vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert ist. Die Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit eines mitverdienenden Lebenspartners oder einer anderen in Ihrem Haushalt ständig lebenden Person oder einer versicherten Person, die nicht Versicherungsnehmer ist, ist nicht versichert.
- 11.2. Sollten Sie nicht allein Versicherungsnehmer sein, so bezieht sich die Arbeitslosigkeits- oder die Arbeitsunfähigkeitsversicherung dennoch nur auf einen Versicherungsnehmer. Dieser ist von Ihnen bei Vertragsabschluss zu benennen. Nur wenn der benannte Versicherungsnehmer dann arbeitslos oder arbeitsunfähig wird, leisten wir. Wurde von Ihnen kein entsprechender Versicherungsnehmer benannt, wird die Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit desjenigen Versicherungsnehmers Grundlage der Leistung, der als erster arbeitslos oder arbeitsunfähig wird und die Leistungen aus der Arbeitslosigkeits- oder Arbeitsunfähigkeitsversicherung in Anspruch nimmt. Dieser gilt ab diesem Zeitpunkt dann als benannt im Sinne dieser Bestimmung.

12. Kündigung des Arbeitsverhältnisses oder Aufhebungsvertrag

Wir leisten nicht, wenn Sie die Beendigung Ihres Beschäftigungsverhältnisses selbst veranlasst haben oder Ihnen fristlos gekündigt wurde. Wenn Sie allerdings einen Aufhebungsvertrag abgeschlossen haben, der nur dazu diente, eine ordentliche, fristgerechte Kündigung durch Ihren Arbeitgeber zu vermeiden, leisten wir, soweit auch die sonstigen Voraussetzungen für einen Anspruch nach diesem Abschnitt vorliegen.

13. Beitragsbefreiung und Leistungen nach Beendigung der Arbeitslosigkeit oder Arbeitsunfähigkeit

- 13.1. Sollten Sie während der Inanspruchnahme der Arbeitslosigkeits- oder der Arbeitsunfähigkeitsversicherung wieder eine neue Arbeit gefunden oder Ihre alte Arbeit wieder aufgenommen haben, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. Bei Verletzung der Anzeigepflicht gilt Abschnitt A) Nr. 6. entsprechend.
- 13.2. Sie sind in diesem Fall verpflichtet, uns die Beiträge für die Monate, in denen wir im Rahmen der Arbeitslosigkeits- oder Arbeitsunfähigkeitsversicherung Beitragsbefreiung gewährt haben, Sie aber tatsächlich nicht arbeitslos oder arbeitsunfähig waren, nachzuzahlen und eine empfangene Zusatzleistung oder Ratenabsicherung zurückzuzahlen.

14. Kündigung des Versicherungsvertrages

- 14.1. Wenn Sie einen Versicherungsvertrag kündigen, bei dem eine Arbeitslosigkeits- oder Arbeitsunfähigkeitsversicherung integriert ist, endet auch die Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung, unabhängig davon, ob Sie zu diesem Zeitpunkt noch arbeitslos oder arbeitsunfähig sind. Kündigen Sie nur einzelne Versicherungen bei uns, so endet die Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung auch nur bezogen auf diese Versicherungen.
- 14.2. Kündigen wir einen Versicherungsvertrag, bei dem eine

Arbeitslosigkeits- oder Arbeitsunfähigkeitsversicherung integriert ist, während laufender Beitragsbefreiung, lässt dies Ihre Ansprüche aus der Arbeitslosigkeits- und Arbeitsunfähigkeitsversicherung für die Dauer der laufenden Beitragsbefreiung unberührt. Dies gilt nicht, wenn wir berechtigt sind, den Versicherungsvertrag fristlos zu kündigen. In diesem Fall gilt Nr. 13.1. entsprechend.

C) Ergänzungsleistungen

- I. Krankenhaus-Tagegeld
- II. Rooming-in-Leistungen
- III. Sehhilfen
- IV. Heilpraktiker

I. Krankenhaus-Tagegeld

- 1. Krankenhaus-Tagegeld
- 2. Reha-Tagegeld
- 3. Erstattung sonstiger Zuzahlungen und Zusatzkosten

1. Krankenhaus-Tagegeld

- 1.1. Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, besteht im Versicherungsfall ein Anspruch auf ein Krankenhaus-Tagegeld, wenn sich die versicherte Person in medizinisch notwendiger, vollstationärer Heilbehandlung befindet. Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien, Erholungsheimen und Reha-Kliniken gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.
- 1.2. Wir zahlen das Krankenhaus-Tagegeld in vereinbarter Höhe und ab dem vereinbarten Zeitpunkt sowie entsprechend der vereinbarten Bezugsdauer für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung. Die Höhe und der Zeitpunkt, ab dem der Anspruch besteht, sowie die Bezugsdauer sind im Versicherungsschein dokumentiert.

2. Reha-Tagegeld

- 2.1. Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, besteht im Versicherungsfall ein Anspruch auf ein Reha-Tagegeld für eine vollstationäre Rehabilitationsbehandlung, wenn
 - 2.1.1. der Rehabilitationsbehandlung eine mit dieser Behandlung in Zusammenhang stehende, medizinisch notwendige, vollstationäre Heilbehandlung vorausgegangen ist,
 - 2.1.2. die Rehabilitationsbehandlung medizinisch notwendig ist,
 - 2.1.3. die Rehabilitationsbehandlung spätestens zwei Wochen nach Abschluss der vorausgegangenen, vollstationären Heilbehandlung beginnt und
 - 2.1.4. die versicherte Person bei Beginn der Rehabilitationsbehandlung ein vereinbartes Höchstalter noch nicht erreicht hat.
- 2.2. Die medizinische Notwendigkeit der Rehabilitationsbehandlung ist durch ein ärztliches Gutachten, welches vom behandelnden Krankenhausarzt zu erstellen ist, vor Beginn der Rehabilitationsbehandlung nachzuweisen. Die Kosten des Gutachtens haben Sie zu tragen. Bei einer Rehabilitationsbehandlung der gesetzlichen Rehabilitationsträger genügt als Nachweis der Bewilligungsbescheid des Rehabilitationsträgers. Die Dauer der Rehabilitationsbehandlung ist durch eine entsprechende Bescheinigung der Heilstätte nachzuweisen. Bei Verletzung dieser Obliegenheiten gilt Abschnitt A) Nr. 6 entsprechend
- 2.3. Wir zahlen das Reha-Tagegeld in vereinbarter Höhe und ab dem vereinbarten Zeitpunkt sowie entsprechend der vereinbarten Bezugsdauer für jeden Kalendertag der stationären Rehabilitationsbehandlung. Die Höhe und der Zeitpunkt, ab dem der Anspruch besteht, sowie die Bezugsdauer sind im Versicherungsschein dokumentiert.

3. Erstattung sonstiger Zuzahlungen und Zusatzkosten

- 3.1. Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, besteht im Versicherungsfall ein Anspruch auf Übernahme aller Zuzahlungen und Zusatzkosten bis zur vereinbarten Höhe, die die versicherte Person während einer medizinisch notwendigen, vollstationären Heilbehandlung zu zahlen hat, soweit diese nicht von der GKV übernommen werden. Der Anspruch endet, wenn die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet hat.
- 3.2. Die Erstattung von Zuzahlungen und Zusatzkosten umfasst neben den gesetzlich anfallenden Zuzahlungen alle sonstigen Zusatzkosten, wie z. B. Reisekosten der Angehörigen für Besuche der versicherten Person im Krankenhaus, vom Krankenhaus gesondert erhobene Anschluss- oder Einrichtungsgebühren für Telefon, TV und Internet, Verpflegungsmehrkosten oder Kosten für aktuelle Tageszeitungen. Die entsprechenden Belege zum Nachweis der tatsächlich angefallenen Kosten sind uns auf Verlangen vorzulegen. Bei Verletzung dieser Obliegenheiten gilt Abschnitt A) Nr. 6 entsprechend
- 3.3. Wir erstatten die Zuzahlungen und Zusatzkosten in vereinbarter Höhe und ab dem vereinbarten Zeitpunkt sowie entsprechend der vereinbarten Bezugsdauer für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung. Die Höhe und der Zeitpunkt, ab dem der Anspruch besteht, sowie die Bezugsdauer sind im Versicherungsschein dokumentiert.

II. Rooming-in-Leistungen

1. Rooming-in-Leistungen

- 1.1. Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, erstatten wir die Unterbringungs- und Verpflegungskosten einer aus medizinischen Gründen notwendigen Mitaufnahme eines Erziehungsberechtigten im Krankenhaus als Begleitperson eines Kindes, wenn sich ein versichertes Kind dort in medizinisch notwendiger, vollstationärer Heilbehandlung befindet und ein Erziehungsberechtigter des Kindes deshalb bei dem Kind im Krankenhaus übernachtet (Rooming-in), soweit die Kosten der Mitaufnahme nicht von der GKV übernommen werden.
- 1.2. Ergibt sich der Anspruch auf Rooming-in-Leistungen für die versicherte Person aus mehreren Versicherungen bei uns oder sind sowohl das Kind als auch der bei dem Kind übernachtende Erziehungsberechtigte als versicherte Personen bei uns versichert, besteht der Anspruch insgesamt nur einmal.

III. Sehhilfen

- 1. Gegenstand der Versicherung
- 2. Umfang der Versicherung
- 3. Leistungsbegrenzungen
- 4. Ausschluss der Leistungspflicht

1. Gegenstand der Versicherung

Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert erbringen wir Leistungen im Rahmen dieser Versicherung für zum Ausgleich einer Fehlsichtigkeit dienende Sehhilfen (Brillenfassungen und Brillengläser sowie Kontaktlinsen).

2. Umfang der Versicherung

- 2.1. Bei einer Veränderung der Sehstärke von mindestens 0,5 Dioptrien erstatten wir Ihnen den im Versicherungsschein dokumentierten Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für neue Sehhilfen bis zu einem im Versicherungsschein dokumentierten Höchstbetrag.
- 2.2. Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, erstatten wir Ihnen auch unabhängig von einer Dioptrienveränderung den im Versicherungsschein dokumentierten Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen für neue Sehhilfen bis zu einem im Versicherungsschein

dokumentierten Höchstbetrag.

- 2.3. Soweit ein Anspruch auf eine Vorleistung der GKV besteht, erfolgt die Erstattung der Aufwendungen für Sehhilfen nach Vorleistung durch die GKV. Vorleistung der GKV ist der Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung als Erstattungsbetrag für die Sehhilfe angesetzt hat

3. Leistungsbegrenzungen

Haben Sie Leistungen für Sehhilfen zusammen mit einer Zahnzusatzversicherung abgeschlossen, gelten insgesamt die im Rahmen der Zahnzusatzversicherung vereinbarten Leistungsbeschränkungen. Die Leistungen für Sehhilfen werden somit zusammen mit Leistungen aus der Zahnzusatzversicherung auf diese Leistungsbegrenzungen angerechnet. Wurden mehrere Zahnzusatzversicherungen abgeschlossen, erfolgt die Anrechnung der Leistungen für Sehhilfen auf die Leistungsbegrenzungen der zuerst in Anspruch genommenen Zahnzusatzversicherung.

4. Ausschluss der Leistungspflicht

Kein Versicherungsschutz besteht für

- 4.1. Reinigungs- und Pflegemittel für Sehhilfen oder Hörgeräte,
4.2. Reparatur- und Instandsetzungsarbeiten.

IV. Heilpraktiker

1. Gegenstand der Versicherung
2. Umfang der Versicherung
3. Geltungsbereich
4. Leistungsbegrenzungen
5. Ausschluss der Leistungspflicht

1. Gegenstand der Versicherung

Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, erbringen wir im Rahmen dieser Versicherung Leistungen für im Rahmen einer ambulanten, stationären und zahnärztlichen Heilbehandlung angewandte naturheilkundliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden durch einen approbierten, zugelassenen Arzt für Naturheilverfahren oder einem nach dem Heilpraktikergesetz zugelassenen Heilpraktiker sowie die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arznei-, Verband- und Heilmittel.

2. Umfang der Versicherung

- 2.1. Im Versicherungsfall erstatten wir Ihnen den im Versicherungsschein vereinbarten Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem im Versicherungsschein dokumentierten Höchstbetrag für naturheilkundliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie die in diesem Zusammenhang verordneten naturheilkundlichen Arznei-, Verband- und Heilmittel, die im jeweils gültigen Hufeland Leistungsverzeichnis der Besonderen Therapierichtungen und im jeweils gültigen Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) aufgeführt sind.
2.2. Behandlungskosten nach dem Hufeland-Leistungsverzeichnis werden bis zu den Regelhöchstätzen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) erstattet. Leistungen des Heilpraktikers, die im GebüH geregelt sind, werden ausschließlich im Rahmen des GebüH bis zu den dort festgesetzten Höchstätzen erstattet.

3. Geltungsbereich

- 3.1. Die Wahl unter den zugelassenen Ärzten für Naturheilverfahren und Heilpraktikern steht Ihnen frei.
3.2. In Rechnung gestellte Leistungen von Heilpraktikern sowie niedergelassenen approbierten Zahnärzten und Ärzten im Ausland sind nur insoweit erstattungsfähige Aufwendungen, als die in Rechnung gestell-

ten Beträge entsprechend der Gebühren des jeweils gültigen Gebührenverzeichnisses für Heilpraktiker (GebüH) oder der gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) berechnet werden können und im Rahmen der dort festgesetzten Höchstsätze liegen.

4. Leistungsbegrenzungen

- 4.1. Für die Leistungen für Heilpraktiker bestehen die folgenden Leistungsbegrenzungen. Die Gesamtleistung je versicherter Person beträgt
4.1.1. im ersten Versicherungsjahr höchstens 250 €,
4.1.2. in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500 €,
4.1.3. in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750 €,
4.1.4. in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000 €, soweit nicht andere Leistungsbegrenzungen vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurden.
4.2. Die Leistungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt bzw. beendet wurde.
4.3. Tritt der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls ein, so gelten hierfür die Leistungsbegrenzungen nicht. Werden in einem solchen Fall Leistungen erbracht, werden diese nicht auf die Begrenzungen angerechnet.

5. Ausschluss der Leistungspflicht

Kein Versicherungsschutz besteht für psychotherapeutische Leistungen, auch wenn sie im GebüH aufgeführt sind.

D) Private Zahnersatz-Zusatzversicherung (ZEV)

1. Gegenstand der Versicherung
2. Umfang der Versicherung
3. Geltungsbereich
4. Leistungsbegrenzungen
5. Ausschluss der Leistungspflicht

1. Gegenstand der Versicherung

- 1.1. Wir erbringen Leistungen im Rahmen dieser Versicherung, wenn der versicherten Person bei bestehendem Versicherungsschutz eine medizinisch notwendige Regelversorgung mit Zahnersatz für bei Vertragsschluss vorhandene Zähne oder Zahnersatz erstmals angeraten und durchgeführt wurde. Dies gilt nur, sofern für diese Maßnahmen ein von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) anerkannter Leistungsanspruch besteht.
1.2. Als Zahnersatz gelten Kronen, Brücken, Prothesen und implantatgetragener Zahnersatz sowie deren Reparatur.

2. Umfang der Versicherung

- 2.1. Je nach der mit Ihnen getroffenen und im Versicherungsschein dokumentierten Vereinbarung erhöhen wir im Versicherungsfall entweder die befundbezogenen gesetzlichen Festzuschüsse einschließlich bonusbedingter Erhöhungen bei einer medizinisch notwendigen Versorgung mit Zahnersatz in dem im Versicherungsschein dokumentierten Umfang oder wir erstatten Ihnen den im Versicherungsschein vereinbarten Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen nach Abzug der Vorleistung der GKV sowie den Erstattungen Dritter. Die Leistungen können auf einen vereinbarten und im Versicherungsschein dokumentierten Höchstbetrag begrenzt werden. Vorleistung der GKV ist der Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung als Erstattungsbetrag für die Heilbehandlung angesetzt hat.
2.2. Bemessungsgrundlage ist das jeweils gültige, vom Gesetzgeber vorgeschriebene Festzuschussystem und die vom Gemeinsamen

- Bundesausschuss erlassenen Festzuschuss-Richtlinien, mit denen die Befunde und die Regelversorgungsleistungen, für die Festzuschüsse zu gewähren sind, festgelegt werden. Härtefallregelungen der GKV bleiben unbeachtet.
- 2.3. Zusammen mit der Vorleistung der GKV sowie den Erstattungen Dritter erhalten Sie bei vereinbarter Erhöhung der Festzuschüsse maximal die tatsächlich entstandenen, erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt.
- 2.4. Die Aufwendungen für erbrachte Leistungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen liegen.
- 3. Geltungsbereich**
- 3.1. Die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten und Ärzten steht Ihnen frei.
- 3.2. In Rechnung gestellte Leistungen von Ärzten im Ausland sind nur insoweit erstattungsfähige Aufwendungen, als die in Rechnung gestellten Beträge entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden können und im Rahmen der dort festgesetzten Regelhöchstsätze bzw. des dort festgesetzten Gebührenrahmens liegen.
- 4. Leistungsbegrenzungen**
- 4.1. Für die Leistungen bestehen die folgenden Leistungsbegrenzungen. Die Gesamtleistung je versicherter Person beträgt
- 4.1.1. im ersten Versicherungsjahr höchstens 250 €,
- 4.1.2. in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500 €,
- 4.1.3. in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750 € und
- 4.1.4. in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000 €, soweit nicht andere Leistungsbegrenzungen vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurden.
- 4.2. Die Leistungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt bzw. beendet wurde.
- 4.3. Tritt der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls ein, so gelten hierfür die vereinbarten Leistungsbegrenzungen nicht. Werden in einem solchen Fall Leistungen erbracht, werden diese nicht auf die Begrenzungen angerechnet.
- 5. Ausschluss der Leistungspflicht**
- Kein Versicherungsschutz besteht für
- 5.1. bei Vertragsschluss bereits fehlende und noch nicht ersetzte Zähne,
- 5.2. funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen.
- E) Private Zahnerhalt-Zusatzversicherung (ZEH)**
1. Gegenstand der Versicherung
2. Umfang der Versicherung
3. Geltungsbereich
4. Leistungsbegrenzungen
5. Ausschluss der Leistungspflicht
- 1. Gegenstand der Versicherung**
- 1.1. Wir erbringen Leistungen im Rahmen dieser Versicherung, wenn der versicherten Person bei bestehendem Versicherungsschutz eine medizinisch notwendige, zahnerhaltende Maßnahme erstmals angeraten und durchgeführt wurde. Dies gilt nur, sofern für diese Maßnahmen ein von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) anerkannter Leistungsanspruch besteht.
- 1.2. Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, erstreckt sich der Versicherungsschutz auf die gesamte Familie bestehend aus zwei Erwachsenen und den in häuslicher Gemeinschaft lebenden ein bis fünf Kindern bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres
- 1.3. Versicherungsnehmer ist, wer als solcher im Versicherungsschein bezeichnet ist. Versicherte Personen sind neben dem Versicherungsnehmer ein weiterer Erwachsener sowie die in häuslicher Gemeinschaft lebenden, maximal fünf Kinder, soweit diese im Versicherungsschein als versicherte Personen dokumentiert sind. Die Versicherung endet für mitversicherte Kinder automatisch mit Vollendung des 21. Lebensjahres.
- 1.4. Zusammen mit der Vorleistung der GKV sowie den Erstattungen Dritter erhalten Sie maximal die erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt. Vorleistung der GKV ist der Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung als Erstattungsbetrag für die Heilbehandlung angesetzt hat.
- 1.5. Die Aufwendungen für erbrachte Leistungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen liegen.
- 2. Umfang der Versicherung**
- 2.1. Wir erstatten Ihnen Aufwendungen für Zahnfüllungen. Wir zahlen Ihnen ganz oder zum Teil die nach der Vorleistung der GKV verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen für Einlagefüllungen und Kunststofffüllungen sowie die damit verbundenen zahntechnischen Laborarbeiten und Materialien sowie die damit verbundenen funktionsanalytischen und funktionstherapeutischen Leistungen.
- 2.2. Im Rahmen unserer Leistungspflicht wird mit Ihnen entweder die Erhöhung des befundbezogenen Anteils der GKV für Zahnfüllungen oder die Erstattung der Ihnen nach der Vorleistung der GKV als Eigenanteil verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert.
- 2.3. Die Erhöhung des befundbezogenen Anteils der GKV oder die Erstattung der als Eigenanteil verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen können auf einen vereinbarten und im Versicherungsschein dokumentierten Höchstbetrag begrenzt werden.
- 2.4. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für kieferorthopädische Behandlungsmaßnahmen, Zahnersatzmaßnahmen (z. B. Kronen, Brücken, Prothesen, implantologische Maßnahmen), kosmetische Zahnbehandlungen (z. B. Verblendschalen und Bleaching) oder für den Austausch von Amalgamfüllungen, es sei denn, der Austausch ist medizinisch zum Zahnerhalt erforderlich.
- 2.5. Wir erstatten Ihnen Aufwendungen für Prophylaxemaßnahmen. Wir zahlen Ihnen für zahnmedizinische Maßnahmen im Rahmen der Individualprophylaxe die verbleibenden erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu dem im Versicherungsschein dokumentierten Höchstbetrag pro Versicherungsjahr.
- 2.6. Erstreckt sich der Versicherungsschutz vereinbarungsgemäß auf die gesamte Familie, gilt bei Prophylaxemaßnahmen pro Versicherungsjahr einerseits der Höchstbetrag für die Familie und zwar unabhängig davon, welche der versicherten Personen die Prophylaxemaßnahme in Anspruch genommen hat, und andererseits der Höchstbetrag pro versicherter Person, die jeweils im Versicherungsschein dokumentiert sind.
- 2.7. Erstattungsfähige Aufwendungen für Prophylaxemaßnahmen sind Aufwendungen für Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen. Dazu zählen insbesondere
- 2.7.1. die Erstellung des Mundhygienestatus, sowie die eingehende Untersuchung auf Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie die Beurteilung der Mundhygiene und des Zahnfleischzustands und die

- 2.7.2. Kontrolle des Übungserfolgs einschließlich weiterer Unterweisungen, die Aufklärung über Krankheitsursachen der Zähne und deren Vermeidung,
- 2.7.3. die Fluoridierung zur Zahnschmelzhärtung,
- 2.7.4. die Beseitigung von Zahnbelägen und Verfärbungen,
- 2.7.5. die Behandlung von überempfindlichen Zahnflächen und die Fissurenversiegelung.
- 2.8. Die Ihnen für Prophylaxemaßnahmen von uns innerhalb eines Versicherungsjahres erstatteten Aufwendungen werden auf im gleichen Versicherungsjahr zu erbringende Versicherungsleistung für Zahnfüllungen und umgekehrt angerechnet.

3. Geltungsbereich

- 3.1. Die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten und Ärzten steht Ihnen frei.
- 3.2. In Rechnung gestellte Leistungen von Ärzten im Ausland sind nur insoweit erstattungsfähige Aufwendungen, als die in Rechnung gestellten Beträge entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden können und im Rahmen der dort festgesetzten Regelhöchstsätze bzw. des dort festgesetzten Gebührenrahmens liegen.

4. Leistungsbegrenzungen

- 4.1. Für die Leistungen bestehen die folgenden Leistungsbegrenzungen. Die Gesamtleistung je versicherter Person beträgt
- 4.1.1. im ersten Versicherungsjahr höchstens 250 €,
- 4.1.2. in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500 €,
- 4.1.3. in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750 € und
- 4.1.4. in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000 €, soweit nicht andere Leistungsbegrenzungen vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurden.
- 4.2. Die Leistungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt bzw. beendet wurde.
- 4.3. Tritt der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls ein, so gelten hierfür die Leistungsbegrenzungen nicht. Werden in einem solchen Fall Leistungen erbracht, werden diese nicht auf die Begrenzungen angerechnet.

5. Ausschluss der Leistungspflicht

Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsschluss bereits beschädigte oder erkrankte Zähne.

F) Private Zahnimplantat-Zusatzversicherung (ZIV)

1. Gegenstand der Versicherung
2. Umfang der Versicherung
3. Geltungsbereich
4. Leistungsbegrenzungen
5. Ausschluss der Leistungspflicht

1. Gegenstand der Versicherung

- 1.1. Wir erbringen Leistungen im Rahmen dieser Versicherung, wenn der versicherten Person bei bestehendem Versicherungsschutz für bei Vertragsschluss vorhandene Zähne oder Zahnersatz eine medizinisch notwendige Maßnahme für ein Zahnimplantat erstmals angeraten und durchgeführt wurde. Dies gilt nur, sofern für diese Maßnahmen ein von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) anerkannter Leistungsanspruch besteht.

- 1.2. Bei der Maßnahme für ein Implantat sind die zahnärztlichen Aufwendungen sowie Material- und Laborkosten einschließlich der Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante chirurgische Maßnahmen, die erforderlich sind, um Kieferknochen für die Aufnahme der Implantate aufzubereiten, erstattungsfähig.

2. Umfang der Versicherung

- 2.1. Im Versicherungsfall erstatten wir Ihnen den im Versicherungsschein vereinbarten Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem im Versicherungsschein dokumentierten Höchstbetrag für ein Implantat nach Abzug der Vorleistung der GKV sowie den Erstattungen Dritter. Vorleistung der GKV ist der Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung als Erstattungsbetrag für die Heilbehandlung angesetzt hat.
- 2.2. Zusammen mit der Vorleistung der GKV sowie den Erstattungen Dritter erhalten Sie maximal den im Versicherungsschein vereinbarten der erstattungsfähigen Aufwendungen. Die Leistungen können auf einen vereinbarten und im Versicherungsschein dokumentierten Höchstbetrag begrenzt werden.
- 2.3. Die Aufwendungen für erbrachte Leistungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgesetzten Höchstätzen liegen.

3. Geltungsbereich

- 3.1. Die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten und Ärzten steht Ihnen frei.
- 3.2. In Rechnung gestellte Leistungen von Zahnärzten und Ärzten im Ausland sind nur insoweit erstattungsfähige Aufwendungen, als die in Rechnung gestellten Beträge entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden können und im Rahmen der dort festgesetzten Regelhöchstsätze bzw. des dort festgesetzten Gebührenrahmens liegen.

4. Leistungsbegrenzungen

- 4.1. Unter den Versicherungsschutz fallen, soweit nichts anderes vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurde, die Aufwendungen für ein Implantat je Versicherungsjahr oder für zwei Implantate in einem Zeitraum von jeweils zwei Versicherungsjahren oder generell bis maximal zum fünften Implantat pro Kiefer.
- 4.2. Für die Leistungen bestehen zudem die folgenden Leistungsbegrenzungen. Die Gesamtleistung je versicherter Person beträgt
- 4.2.1. im ersten Versicherungsjahr höchstens 250 €,
- 4.2.2. in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500 €,
- 4.2.3. in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750 € und
- 4.2.4. in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000 €, soweit nicht andere Leistungsbegrenzungen vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurden.
- 4.3. Die Leistungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt bzw. beendet wurde.
- 4.4. Tritt der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls ein, so gelten hierfür die Leistungsbegrenzungen nicht. Werden in einem solchen Fall Leistungen erbracht, werden diese nicht auf die Begrenzungen angerechnet.

5. Ausschluss der Leistungspflicht

Kein Versicherungsschutz besteht für bei Vertragsschluss bereits fehlende und noch nicht ersetzte Zähne bzw. für fehlende Zähne, die durch

herausnehmbare Zahnprothesen ersetzt sind, sowie für damit im Zusammenhang durchzuführende notwendige Präparationen oder Aufbauten an den direkt an diese Zähne bzw. Zahnlücken angrenzenden Nachbarzähnen.

4.1.3. in den ersten drei Versicherungsjahren zusammen höchstens 750 € und

4.1.4. in den ersten vier Versicherungsjahren zusammen höchstens 1.000 €, soweit nicht andere Leistungsbegrenzungen vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurden.

4.2. Die Leistungen werden jeweils dem Versicherungsjahr zugerechnet, in dem die Behandlung durchgeführt bzw. beendet wurde.

4.3. Tritt der Versicherungsfall als Folge eines Unfalls ein, so gelten hierfür die Leistungsbegrenzungen nicht. Werden in einem solchen Fall Leistungen erbracht, werden diese nicht auf die Begrenzungen angerechnet.

G) Private Kieferorthopädie-Zusatzversicherung (KOZ)

1. Gegenstand der Versicherung
2. Umfang der Versicherung
3. Geltungsbereich
4. Leistungsbegrenzungen

1. Gegenstand der Versicherung

- 1.1. Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, erbringen wir im Rahmen dieser Versicherung Leistungen, wenn der versicherten Person bei bestehendem Versicherungsschutz eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Maßnahme erstmals angeraten und durchgeführt wurde.
- 1.2. Der Versicherungsschutz erstreckt sich nur auf versicherte Personen bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Die Versicherung endet automatisch mit Vollendung des 21. Lebensjahres der versicherten Person.

2. Umfang der Versicherung

- 2.1. Kieferorthopädische Maßnahmen werden in der GKV je nach Schwere in fünf Behandlungsgrade, so genannte Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG 1-5), eingeteilt. Ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht ausschließlich bei einer Einstufung in die KIG 3-5, ausgenommen die Kosten einer Mehrkostenvereinbarung.
- 2.2. Im Versicherungsfall erstatten wir Ihnen den im Versicherungsschein vereinbarten Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem im Versicherungsschein dokumentierten Höchstbetrag für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Maßnahme nach den KIG 1-2 sowie unter Abzug der Vorleistung der GKV die Mehrkosten einer medizinisch notwendigen kieferorthopädische Maßnahme nach den KIG 3-5. Vorleistung der GKV ist der Betrag, den die gesetzliche Krankenversicherung als Erstattungsbetrag für die Heilbehandlung angesetzt hat.
- 2.3. Zusammen mit der Vorleistung der GKV sowie den Erstattungen Dritter erhalten Sie maximal den im Versicherungsschein vereinbarten Prozentsatz der erstattungsfähigen Aufwendungen.
- 2.4. Die Aufwendungen für erbrachte Leistungen sind erstattungsfähig, soweit die Gebühren im Rahmen der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) bis zu den dort festgesetzten Höchstsätzen liegen

3. Geltungsbereich

- 3.1. Die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Zahnärzten und Ärzten steht Ihnen frei
- 3.2. In Rechnung gestellte Leistungen von Zahnärzten und Ärzten im Ausland sind nur insoweit erstattungsfähige Aufwendungen, als die in Rechnung gestellten Beträge entsprechend der jeweils gültigen Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechnet werden können und im Rahmen der dort festgesetzten Regelhöchsätze bzw. des dort festgesetzten Gebührenrahmens liegen.

4. Leistungsbegrenzungen

- 4.1. Für die Leistungen bestehen die folgenden Leistungsbegrenzungen. Die Gesamtleistung je versicherter Person beträgt
 - 4.1.1. im ersten Versicherungsjahr höchstens 250 €,
 - 4.1.2. in den ersten beiden Versicherungsjahren zusammen höchstens 500 €,

H) Auslandskrankenversicherung (AKV)

1. Gegenstand der Versicherung
2. Erstattungsfähige Aufwendungen
3. Geltungsbereich und Versicherungsschutz
4. Ausschluss der Leistungspflicht
5. Selbstbeteiligung
6. Obliegenheiten

1. Gegenstand der Versicherung

- 1.1. Wir leisten im Rahmen dieser Auslandskrankenversicherung Ersatz für die Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung, eines Krankenhausaufenthaltes und der Arzneimittel der versicherten Person wegen im Ausland eingetretener Krankheit oder Unfallfolgen sowie Ersatz der Kosten für zahnärztliche Notfallversorgung im Ausland, soweit die Kosten nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden.
- 1.2. Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wir leisten darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir sind jedoch in diesen Fällen berechtigt, unsere Leistungen auf den Betrag herabzusetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

2. Erstattungsfähige Aufwendungen

- Erstattungsfähig sind die Aufwendungen im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung im Ausland für
- 2.1. Leistungen der Ärzte für ambulante Behandlungen, wobei der versicherten Person die Wahl unter den Ärzten frei steht, die nach dem im Aufenthaltsland geltenden Recht zur Heilbehandlung zugelassen sind;
 - 2.2. Arznei- und Verbandsmittel, die aufgrund ärztlicher Verordnung aus einer offiziell zugelassenen Abgabestelle bezogen werden, nicht jedoch, auch wenn sie ärztlich verordnet wurden und heilwirksame Stoffe enthalten, für Nähr- und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate und Mittel, die vorbeugend oder gewohnheitsmäßig genommen werden;
 - 2.3. ärztlich verordnete Heilmittel bis zu insgesamt 150 € je Versicherungsfall: Inhalationen, Wärme- und Elektrotherapie sowie – nach einem während des Auslandsaufenthaltes eingetretenen Unfall – medizinische Bäder und Massagen;
 - 2.4. medizinisch notwendige Gehstützen und Liegeschalen in einfacher Ausführung;
 - 2.5. Unterkunft und Verpflegung, ärztliche und sonstige medizinisch notwendige Leistungen in einem Krankenhaus, das im Aufenthaltsland allgemein als Krankenhaus anerkannt ist, soweit es erkennbar unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und

- therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt, wobei ein am Aufenthaltsort befindliches bzw. das nächst erreichbare Krankenhaus in Anspruch zu nehmen ist;
- 2.6. den medizinisch notwendigen Krankentransport oder die medizinisch notwendige Verlegung in das nächst erreichbare, medizinisch geeignete Krankenhaus oder zum nächst erreichbaren Notfallarzt durch anerkannte Rettungsdienste zur Erstversorgung nach einem Unfall oder Notfall; nicht erstattet werden die Kosten für Taxifahrten sowie die Rückfahrten vom Krankenhaus;
- 2.7. den medizinisch notwendigen Krankentransport oder die medizinisch notwendige Verlegung mit einem Hubschrauber bis zu einem Betrag von 2.500 € je Versicherungsfall; liegt ein Verdacht auf eine lebensgefährliche Erkrankung oder Verletzung vor oder ist eine schwerwiegende Schädigung der Gesundheit (z. B. Lähmung) zu befürchten, leisten wir auch über diesen Betrag hinaus;
- 2.8. schmerzstillende Zahnbehandlungen und die damit in Verbindung stehenden notwendigen Zahnfüllungen in einfacher Ausführung sowie Reparaturen von Prothesen (nicht jedoch Neuanfertigung von Zahnersatz, Kronen und Inlays) bis zu insgesamt 300 € je Versicherungsfall,
- 2.9. einen medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransport der versicherten Person in die Bundesrepublik Deutschland und für eine Begleitperson, sofern diese Begleitperson ebenfalls im Rahmen dieser Versicherung als versicherte Person bei uns versichert ist, wenn Gefahr für Leib oder Leben besteht und im Aufenthaltsland eine ausreichende medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist
- 2.10. und, falls die versicherte Person im Ausland stirbt, die Kosten der Überführung des Leichnams an den Wohnsitz bis zu einem Höchstbeitrag, der den zweifachen Kosten eines Fluges 1. Klasse im Linienverkehr für eine Person entspricht, oder die Kosten der Bestattung am Sterbeort bis zu diesem Höchstbetrag.
- 3. Geltungsbereich und Versicherungsschutz**
- 3.1. Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf das Ausland. Als Ausland gilt nicht das Staatsgebiet, in dem die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort hat.
- 3.2. Versicherungsfähig sind Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland. Die Bundesrepublik Deutschland gilt somit nicht als Ausland.
- 3.3. Bei Fortfall der Versicherungsfähigkeit endet die Versicherung für die versicherte Person zum Ende des Monats, in dem die Versicherungsfähigkeit entfällt.
- 3.4. Versicherungsschutz besteht für die ersten 42 Tage jeder Auslandsreise. Der Versicherungsschutz beginnt mit der Ausreise aus der Bundesrepublik Deutschland (Grenzübertritt) und endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit Wiedereinreise. Für leistungspflichtige Versicherungsfälle, die im Zeitpunkt der Beendigung des Versicherungsverhältnisses noch andauern, gewähren wir bei nachgewiesener Transportfähigkeit die Versicherungsleistungen bis zur Wiederherstellung der Transportfähigkeit weiter.
- 3.5. Auslandsreise in diesem Sinne ist nur der vorübergehende Aufenthalt der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aus geschäftlichen Gründen oder zum Zwecke des Urlaubs, nicht jedoch der längerfristige Aufenthalt im Ausland durch Bewohnen eines festen oder ständigen zweiten Wohnsitzes oder durch Aufnahme einer dauerhaften Beschäftigung oder Anstellung am ausländischen Aufenthaltsort, selbst wenn die versicherte Person den längerfristigen Aufenthalt innerhalb von 42 Tagen durch Ein- und Ausreise in die Bundesrepublik Deutschland vorübergehend unterbricht.
- 3.6. Ist der Vertrag während der Auslandsreise abgeschlossen worden oder wurde der Jahresbeitrag bzw. der Erstbeitrag während der Auslands-

- 3.7. reise bezahlt, so besteht für diese Reise kein Versicherungsschutz. Soweit von Ihnen ausdrücklich gewünscht und mit Ihnen vereinbart, besteht der bedingungsgemäße Versicherungsschutz auch für eine während der laufenden Widerrufsfrist angetretene Auslandsreise. Nr. 3.5. dieser Bedingungen bleibt unberührt. Endet die Reise vor Ablauf der Widerrufsfrist, gilt der Versicherungsvertrag als vollständig erfüllt. Der Widerruf Ihrer Vertragserklärung ist in diesem Fall ausgeschlossen.

4. Ausschluss der Leistungspflicht

- Kein Versicherungsschutz besteht für
- 4.1. bereits vor Versicherungsbeginn eingetretene Versicherungsfälle,
- 4.2. Heilbehandlungen, die der alleinige Grund oder einer der Gründe für den Antritt der Reise waren,
- 4.3. Heilbehandlungen, von denen bei Reiseantritt feststand, dass sie bei planmäßiger Durchführung der Reise stattfinden müssen, es sei denn, dass die Reise ausschließlich wegen des Todes des Ehegatten oder eines Verwandten ersten Grades der versicherten Person unternommen wurde,
- 4.4. Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft und Entbindung sowie Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen, allerdings sind medizinisch notwendige Behandlung von Schwangerschaftskomplikationen einschließlich Frühgeburten vor Beendigung der 36. Schwangerschaftswoche sowie notfallbedingte Schwangerschaftsabbrüche und Fehlgeburten versichert,
- 4.5. Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie Rehabilitationsmaßnahmen,
- 4.6. psychoanalytische und psychotherapeutische Behandlungen,
- 4.7. eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Behandlung oder Unterbringung,

5. Selbstbeteiligung

- 5.1. Für versicherte Personen ab dem vollendeten 65. Lebensjahr ist je Versicherungsfall die vereinbarte Selbstbeteiligung zu tragen.
- 5.2. Die Höhe der Selbstbeteiligung ist nach Altersgruppen gestaffelt. Die geltenden Altersgruppen und die Höhe der Selbstbeteiligung können Sie der jeweils gültigen Beitragsübersicht entnehmen, die Anlage zu diesen Bedingungen ist.

6. Obliegenheiten

- 6.1. In den im Versicherungsfall einzureichenden Belegen müssen die die Krankheitsbezeichnungen, Behandlungsdaten und vorgenommenen Leistungen spezifiziert sein. Die Rechnungen über Heil- und Hilfsmittel sowie Rezepte über Arznei- und Verbandsmittel sind zusammen mit der ärztlichen Verordnung einzureichen. Für die Zahlung eines Krankenhaus-Tagegelds muss eine Bescheinigung des Krankenhauses über die vollstationäre Heilbehandlung vorgelegt werden, die den Vor- und Zunamen der behandelten, versicherten Person, die Krankheitsbezeichnung, das Aufnahme- und Entlassungsdatum sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungen enthält. Für die Erstattung von Rücktransportkosten ist neben Belegen für die Kosten des Rücktransports eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit des Rücktransports vorzulegen. Ein Anspruch auf Erstattung der Überführungs- bzw. Bestattungskosten ist durch Kostenbelege, die amtliche Sterbeurkunde und die ärztliche Bescheinigung der Todesursache zu begründen. Die vorgelegten Nachweise werden unser Eigentum.
- 6.2. Auf unser Verlangen haben Sie uns die Planung und Buchung sowie den tatsächlichen Beginn und das Ende einer jeden Auslandsreise nachzuweisen.
- 6.3. Bei Verletzung dieser Obliegenheiten gilt Abschnitt A) Nr. 6 entsprechend. Auf die dort geregelten Obliegenheiten wird ergänzend verwiesen.

- I) Private Krankenhaus-Zusatzversicherung (PKZ / PKZ-Unfall)**
- | | | |
|---|--|---|
| <p>1. Gegenstand und Geltungsbereich der Versicherung</p> <p>2. Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer</p> <p>3. Wahl- oder belegärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)</p> <p>4. Ambulante Operationen</p> <p>5. Krankentransport zum und vom Krankenhaus</p> <p>6. Ambulante Aufnahme- oder Abschlussuntersuchung</p> <p>7. Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus</p> <p>8. Rooming-in-Leistungen</p> <p>9. Krankenhaus-Tagegeld</p> <p>10. Reha-Tagegeld</p> <p>11. Erstattung sonstiger Zuzahlungen und Zusatzkosten</p> <p>12. Ausschluss der Leistungspflicht</p> <p>13. Ausschluss der Leistungspflicht bei PKZ-Unfall</p> <p>14. Obliegenheiten</p> <p>1. Gegenstand und Geltungsbereich der Versicherung</p> <p>1.1. Wir leisten im Rahmen der privaten Krankenhaus-Zusatzversicherung Ersatz für die Kosten stationärer Wahlleistungen (Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer und wahl- oder belegärztliche Leistungen, z. B. Chefarztbehandlung) bei einem medizinisch notwendigen vollstationären Krankenhausaufenthalt der versicherten Person, soweit die versicherte Person bei einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) versichert ist und die Kosten nicht von der GKV übernommen werden.</p> <p>1.2. Daneben können weitere, insbesondere in diesem Bedingungsabschnitt aufgeführte Leistungen oder Leistungsbegrenzungen vereinbart werden. Zusätzlich vereinbarte Leistungen und Leistungsbegrenzungen, auch soweit sie nicht in diesen Versicherungsbedingungen aufgeführt sind, müssen in jedem Fall zu ihrer Wirksamkeit im Versicherungsschein dokumentiert sein.</p> <p>1.3. Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige, vollstationäre Heilbehandlung der versicherten Person in einem Krankenhaus wegen Krankheit und Unfallfolgen einschließlich Schwangerschaft und Entbindung (Private Krankenhaus-Zusatzversicherung PKZ) oder nur wegen Unfallfolgen (Private Krankenhaus-Zusatzversicherung bei Unfall PKZ-Unfall). Medizinisch nicht notwendige Heilbehandlungen sind insbesondere solche, die nur darauf angelegt sind, das äußere oder innere Wohlbefinden der versicherten Person zu verbessern und für die eine medizinische Indikation nicht gegeben ist.</p> <p>1.4. Im Rahmen der PKZ besteht Versicherungsschutz ungeachtet der vorstehenden Regelung in jedem Fall nur für eine medizinisch notwendige, vollstationäre Heilbehandlung wegen Unfallfolgen (PKZ-Unfall), solange Sie uns gegenüber nicht die Dokumentation Ihrer Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand bei Vertragsschluss mit unverändertem Inhalt ohne Streichungen, Änderungen oder Ergänzungen schriftlich durch Unterschrift bestätigt haben und uns diese Erklärung zugegangen ist. Nr. 12. und 13. bleiben davon unberührt. Wir verweisen zudem auf die Regelungen in Abschnitt A Nr. 5.</p> <p>1.5. Besteht ausschließlich Versicherungsschutz im Rahmen der PKZ-Unfall und wurden im Versicherungsfall auch nicht unfallbedingte Krankheiten behandelt oder haben solche den Krankenhausaufenthalt mit verursacht oder verlängert, mindert sich die Versicherungsleistung um den auf die Krankheit entfallenden Anteil der erstattungsfähigen Kosten. Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, unterbleibt die Minderung.</p> <p>1.6. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen der Wirbelsäule ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen</p> | <p>1.7.</p> <p>1.8.</p> <p>1.9.</p> <p>1.10.</p> <p>1.11.</p> <p>1.12.</p> <p>1.13.</p> <p>1.14.</p> <p>1.15.</p> <p>1.16.</p> | <p>Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert haben Sie mit Erreichen der vereinbarten und im Versicherungsschein dokumentierten Altersgrenze bei der Privaten Krankenhaus-Zusatzversicherung (PKZ) das Wahlrecht, den Anspruch auf die vereinbarten Leistungen für eine medizinisch notwendige, vollstationäre Heilbehandlung wegen Krankheit durch einen Anspruch auf ein vereinbartes und im Versicherungsschein dokumentiertes pauschales Tagegeld zu ersetzen. In diesem Fall zahlen Sie monatlich den letzten, vor Erreichen der Altersgrenze gültigen Beitrag. Das vereinbarte Tagegeld wird für jeden Tag einer medizinisch notwendigen, vollstationären Heilbehandlung wegen Krankheit gezahlt.</p> <p>Das vorgenannte Wahlrecht im Rahmen der PKZ kann nur einmalig binnen drei Monate nach Erreichen der im Versicherungsschein dokumentierten Altersgrenze durch schriftliche Anzeige uns gegenüber ausgeübt werden und wird dann zum Beginn der auf die Anzeige folgenden Versicherungsperiode wirksam.</p> <p>Ungeachtet des Wahlrechts bleibt im Falle einer medizinisch notwendigen, vollstationären Heilbehandlung wegen Unfallfolgen (PKZ-Unfall) der vereinbarte Versicherungsschutz bei Erreichen der Altersgrenze mit der Maßgabe bestehen, dass wir die Mehrkosten für die gesondert berechenbare Unterkunft in einem Zweibettzimmer gemäß Nr. 2., die gesondert berechenbaren Kosten für wahl- und belegärztliche Leistungen gemäß Nr. 3. sowie die Krankentransportkosten gemäß Nr. 5. erstatten.</p> <p>Sofern Sie bei Erreichen der Altersgrenze die Fortführung des Vertrages nicht wünschen, steht Ihnen das Recht zu, den Vertrag auch abweichend von Abschnitt A Nr. 9 zu diesem Zeitpunkt ordentlich zu kündigen.</p> <p>Versicherungsfähig sind nur Personen mit ständigem Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland.</p> <p>Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf medizinisch notwendige, vollstationäre Heilbehandlungen im Inland, soweit nichts anderes vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurde.</p> <p>Bei der medizinisch notwendigen, vollstationären Heilbehandlung hat die versicherte Person die freie Wahl unter den öffentlichen und privaten, als Leistungserbringer anerkannten Krankenhäusern mit Kassenzulassung, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen. Wählen Sie nicht das nächstgelegene geeignete oder das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus und kürzt die GKV aufgrund der freien Krankenhauswahl ihre Leistung erstatten wir Ihnen den Kürzungsbetrag.</p> <p>Für eine medizinisch notwendige, vollstationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kur-, Sanatoriums- und Rehabilitationsbehandlung durchführen, im Übrigen aber die Voraussetzungen eines anerkannten Krankenhauses im Sinne der vorgenannten Regelung erfüllen, werden die bedingungsgemäßen Leistungen nur dann gewährt, wenn wir diese auf Antrag vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt haben.</p> <p>Wir erstatten im Versicherungsfall die nach diesen Bedingungen vereinbarten und tatsächlich angefallenen und berechneten wahl- und belegärztlichen Leistungen, soweit die Gebühren im tariflichen Umfang innerhalb des Gebührenrahmens der jeweils gültigen amtlichen deutschen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ / GOZ) liegen und deren Bemessungsgrundsätzen entsprechen. Bei vorheriger, schriftlicher Zustimmung durch uns sind auch über dem Gebührenrahmen der Gebührenordnung liegende Aufwendungen erstattungsfähig.</p> <p>Wir leisten im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Wir leisten darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt</p> |
|---|--|---|

haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen. Wir können jedoch unsere Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

2. Unterbringung im Ein- oder Zweibettzimmer

- 2.1. Wir erstatten im Versicherungsfall die Mehrkosten für die gesondert berechenbare Unterkunft je nach Vereinbarung entweder in einem Ein- oder in einem Zweibettzimmer. Die Vereinbarung über die Unterbringung im Ein- oder im Zweibettzimmer ist im Versicherungsschein dokumentiert. Mit Vollendung des 70. Lebensjahres der versicherten Person endet der Anspruch auf Erstattung der Mehrkosten für die Unterbringung im Einbettzimmer. Ab diesem Zeitpunkt erstatten wir ausschließlich die Mehrkosten für die Unterbringung in einem Zweibettzimmer.
- 2.2. Unter Mehrkosten ist der Differenzbetrag zwischen den berechneten Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen sowie der Unterkunftszuschlag für ein tatsächlich in Anspruch genommenes Ein- oder Zweibettzimmer und der Pflichtleistung der GKV mit Ausnahme einer von der GKV verlangten Zuzahlung zu verstehen.
- 2.3. Wählt die versicherte Person im Versicherungsfall statt des vereinbarten Einbettzimmers ein Zweibettzimmer oder ein Drei- oder Mehrbettzimmer, so steht ihr pro Übernachtung ein Ersatztagegeld in vereinbarter Höhe zu, das im Versicherungsschein dokumentiert ist.

3. Wahl- und belegärztliche Leistungen (Chefarztbehandlung)

- 3.1. Wir erstatten im Versicherungsfall die gesondert berechenbaren Kosten für wahl- und belegärztliche Leistungen.
- 3.2. Wahlärztliche Leistungen sind die im Rahmen einer schriftlichen Wahlleistungsvereinbarung über die allgemeinen Krankenhausleistungen hinaus gesondert vereinbarten und berechenbaren Behandlungen durch leitende, liquidationsberechtigte Krankenhausärzte (Chef- oder Oberärzte) mit Kassenzulassung.
- 3.3. Belegärztliche Leistungen sind Behandlungen durch Belegärzte mit Kassenzulassung. Belegärzte sind nicht am Krankenhaus angestellte Ärzte, die Patienten unter Inanspruchnahme der Einrichtungen des Krankenhauses stationär behandeln.

4. Ambulante Operationen

- 4.1. Wir erstatten die gesondert berechenbaren wahl- und belegärztlichen Leistungen auch für eine ambulant durchgeführte Operation oder einen sonstigen stationärsersetzenden Eingriff, wenn dadurch eine anderenfalls medizinisch notwendige, vollstationäre Heilbehandlung der versicherte Person, für die nach diesen Bedingungen Versicherungsschutz besteht, entfällt.
- 4.2. Dies gilt nicht, sofern für Sie nur Versicherungsschutz im Rahmen der PKZ-Unfall besteht.

5. Krankentransport zum und vom Krankenhaus

Soweit ein Anspruch auf wahl- und belegärztliche Leistungen besteht, erstatten wir auch die Kosten eines medizinisch notwendigen Krankentransports der versicherten Person im Inland zum und vom Krankenhaus bis maximal 300 € pro leistungspflichtiger vollstationärer Heilbehandlung, soweit diese Kosten nicht von der GKV übernommen werden.

6. Ambulante Aufnahme- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus

Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, erstatten wir nach Maßgabe dieser Bedingungen die gesondert berechenbaren wahl- und belegärztlichen Leistungen anlässlich einer im unmittelbaren

Zusammenhang mit einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung durchgeführten ambulanten Aufnahme- und Abschlussuntersuchung im Krankenhaus.

7. Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

- 7.1. Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, erstatten wir nach Maßgabe dieser Bedingungen die gesondert berechneten wahl- und belegärztlichen Leistungen anlässlich einer in medizinisch geeigneten Fällen vom Krankenhaus ohne Unterkunft und Verpflegung durchgeführten
 - 7.1.1. vorstationären Behandlung zur Klärung der Erforderlichkeit oder zur Vorbereitung einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung oder
 - 7.1.2. einer nachstationären Behandlung zur Sicherung oder Festigung des Behandlungserfolges im Anschluss an eine leistungspflichtige vollstationäre Heilbehandlung.
- 7.2. Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von sieben Tagen vor Beginn der leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung begrenzt. Kommt es nicht zu einer leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung, besteht auch kein Anspruch auf Erstattung der Kosten einer vorstationären Behandlung.
- 7.3. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der leistungspflichtigen vollstationären Heilbehandlung nicht überschreiten.

8. Rooming-in-Leistungen

- 8.1. Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, erstatten wir die Unterbringungs- und Verpflegungskosten einer aus medizinischen Gründen notwendigen Mitaufnahme eines Erziehungsberechtigten im Krankenhaus als Begleitperson eines Kindes, wenn sich ein versichertes Kind, das das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, dort in medizinisch notwendiger, vollstationärer Heilbehandlung befindet und ein Erziehungsberechtigter des Kindes deshalb bei dem Kind im Krankenhaus übernachtet (Rooming-in), soweit die Kosten der Mitaufnahme nicht von der GKV übernommen werden.
- 8.2. Ergibt sich der Anspruch auf Rooming-in-Leistungen für die versicherte Person aus mehreren Versicherungen bei uns oder sind sowohl das Kind als auch der bei dem Kind übernachtende Erziehungsberechtigte als versicherte Personen bei uns versichert, besteht der Anspruch insgesamt nur einmal.

9. Krankenhaus-Tagegeld

- 9.1. Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, besteht im Versicherungsfall ein Anspruch auf ein Krankenhaus-Tagegeld, wenn sich die versicherte Person, die das 21. Lebensjahr vollendet hat, in medizinisch notwendiger, vollstationärer Heilbehandlung befindet. Der Anspruch endet, wenn die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet hat. Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien, Erholungsheimen und Reha-Kliniken gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.
- 9.2. Wir zahlen das Krankenhaus-Tagegeld in vereinbarter Höhe und ab dem vereinbarten Zeitpunkt sowie entsprechend der vereinbarten Bezugsdauer für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung. Die Höhe und der Zeitpunkt, ab dem der Anspruch besteht, sowie die Bezugsdauer sind im Versicherungsschein dokumentiert.

10. Reha-Tagegeld

- 10.1. Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, besteht im Versicherungsfall ein Anspruch auf ein Reha-Tagegeld für eine vollstationäre Rehabilitationsbehandlung, wenn
 - 10.1.1. der Rehabilitationsbehandlung eine mit dieser Behandlung in

- Zusammenhang stehende, medizinisch notwendige, vollstationäre Heilbehandlung vorausgegangen ist,
- 10.1.2. die Rehabilitationsbehandlung medizinisch notwendig ist,
- 10.1.3. die Rehabilitationsbehandlung spätestens zwei Wochen nach Abschluss der vorausgegangenen, vollstationären Heilbehandlung beginnt und
- 10.1.4. die versicherte Person bei Beginn der Rehabilitationsbehandlung das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
- 10.2. Die medizinische Notwendigkeit der Rehabilitationsbehandlung ist durch ein ärztliches Gutachten, welches vom behandelnden Krankenhausarzt zu erstellen ist, vor Beginn der Rehabilitationsbehandlung nachzuweisen. Die Kosten des Gutachtens haben Sie zu tragen. Bei einer Rehabilitationsbehandlung der gesetzlichen Rehabilitationsträger genügt als Nachweis der Bewilligungsbescheid des Rehabilitationsträgers. Die Dauer der Rehabilitationsbehandlung ist durch eine entsprechende Bescheinigung der Heilstätte nachzuweisen.
- 10.3. Wir zahlen das Reha-Tagegeld in vereinbarter Höhe und ab dem vereinbarten Zeitpunkt sowie entsprechend der vereinbarten Bezugsdauer für jeden Kalendertag der stationären Rehabilitationsbehandlung. Die Höhe und der Zeitpunkt, ab dem der Anspruch besteht, sowie die Bezugsdauer sind im Versicherungsschein dokumentiert.
- 11. Erstattung sonstiger Zuzahlungen und Zusatzkosten**
- 11.1. Soweit vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert, besteht im Versicherungsfall ein Anspruch auf Übernahme aller Zuzahlungen und Zusatzkosten bis zur vereinbarten Höhe, die die versicherte Person, die das 15. Lebensjahr vollendet hat, während einer medizinisch notwendigen, vollstationären Heilbehandlung zu zahlen hat, soweit diese nicht von der GKV übernommen werden. Der Anspruch endet, wenn die versicherte Person das 60. Lebensjahr vollendet hat.
- 11.2. Die Erstattung von Zuzahlungen und Zusatzkosten umfasst neben den gesetzlich anfallenden Zuzahlungen alle sonstigen Zusatzkosten, wie z. B. Reisekosten der Angehörigen für Besuche der versicherten Person im Krankenhaus, vom Krankenhaus gesondert erhobene Anschluss- oder Einrichtungsgebühren für Telefon, TV und Internet, Verpflegungsmehrkosten oder Kosten für aktuelle Tageszeitungen. Die entsprechenden Belege zum Nachweis der tatsächlich angefallenen Kosten sind uns auf Verlangen vorzulegen.
- 11.3. Wir erstatten die Zuzahlungen und Zusatzkosten in vereinbarter Höhe und ab dem vereinbarten Zeitpunkt sowie entsprechend der vereinbarten Bezugsdauer für jeden Kalendertag der vollstationären Behandlung. Die Höhe und der Zeitpunkt, ab dem der Anspruch besteht, sowie die Bezugsdauer sind im Versicherungsschein dokumentiert.
- 12. Ausschluss der Leistungspflicht**
- Keine Leistungspflicht besteht im Rahmen der PKZ und der PKZ-Unfall für
- 12.1. Unfälle, die der versicherten Person in Ausübung eines besonders gefährlichen Berufes zustoßen; dazu zählen insbesondere Betriebsbelegschaften, die explosive Stoffe herstellen, bearbeiten, lagern, befördern, verwenden, vertreiben und Bergleute oder andere Personen, die unterirdische Arbeiten ausführen, sowie Kerntechniker, Atomtechniker, Pyrotechniker und Sprengmeister sowie deren Helfer, Dachdecker, Gerüstbauer, Fassadenreiniger, Kranführer, Such- und Räumtruppen, Schiffsbesatzungen und Offshore-Mannschaften, Taucher, Hochseefischer, Tierbändiger, Deckstationswärter, Stuntmen, Artisten, Balletttänzer sowie Vertrags- und Lizenzsportler oder vergleichbare Tätigkeiten,
- 12.2. medizinisch nicht notwendige Heilbehandlungen,
- 12.3. Heilbehandlungen im Zusammenhang mit Krankheiten, die bei Vertragsabschluss vereinbarungsgemäß vom Versicherungsschutz ausgeschlossen wurden und dieser Ausschluss im Versicherungsschein dokumentiert ist,
- 12.4. Kur- Sanatoriums- und Rehabilitationsbehandlungen der gesetzlichen Rehabilitationsträger sowie für ambulante oder stationäre Heilbehandlungen in einem Heilbad oder Kurort, soweit nach diesen Bedingungen nichts anderes gilt,
- 12.5. Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren, wobei als Entziehungsmaßnahme auch eine Maßnahme zur Entwöhnung gilt,
- 13. Ausschluss der Leistungspflicht bei PKZ-Unfall**
- Keine Leistungspflicht besteht im Rahmen der PKZ–Unfall bei Heilbehandlungen in Folge von Unfällen,
- 13.1. die durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen verursacht wurden, auch soweit diese auf der Einnahme von Drogen oder auf Trunkenheit beruhen; letztere wird vermutet, wenn die Trunkenheit zum Zeitpunkt des Unfalls mindestens 1,2 Promille betragen hat; sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper ergreifen, es sei denn, diese Störungen oder Anfälle wurden durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis erst verursacht, die dadurch verursacht oder deren Folgen dadurch verschlimmert wurden, dass die versicherte Person an Bandscheibenvorfall, Erkrankungen der Wirbelsäule und der Rückenmuskulatur, Geisteskrankheit, Epilepsie, Bluterkrankheit, Leukämie, multipler Sklerose, Osteoporose, Schizophrenie oder spastischen Erkrankungen leidet oder dauernd pflegebedürftig ist. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf,
- 13.2. die dadurch verursacht oder deren Folgen dadurch verschlimmert wurden, dass die versicherte Person an Bandscheibenvorfall, Erkrankungen der Wirbelsäule und der Rückenmuskulatur, Geisteskrankheit, Epilepsie, Bluterkrankheit, Leukämie, multipler Sklerose, Osteoporose, Schizophrenie oder spastischen Erkrankungen leidet oder dauernd pflegebedürftig ist. Pflegebedürftig ist, wer für die Verrichtungen des täglichen Lebens überwiegend fremder Hilfe bedarf,
- 13.3. die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt,
- 13.4. die der versicherten Person zustoßen
- 13.4.1. als Luftfahrzeugführer oder Luftsportgeräteführer, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt,
- 13.4.2. als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges,
- 13.4.3. bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit,
- 13.4.4. bei der Benutzung von Raumfahrzeugen,
- 13.5. die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
- 14. Obliegenheiten**
- 14.1. Für die Erstattung von Transportkosten ist neben Belegen für die Kosten des Transports eine ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit des Transports vorzulegen.
- 14.2. Wird für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein Krankenzusatz- oder Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht die versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der GKV Gebrauch, sind Sie verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- 14.3. Bei Verletzung einer oder mehrerer dieser Obliegenheiten gilt Abschnitt A) Nr. 6 entsprechend. Auf die dort geregelten Obliegenheiten wird ergänzend verwiesen.