Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Produkt: Krankenhauszusatzversicherung SG1

Mitgliedstaat: Bundesrepublik Deutschland

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskosten-Zusatzversicherung, die Ihren gesetzlichen Krankenversicherungsschutz bei Krankenhausaufenthalten ergänzt.

Was ist versichert?

Wir erstatten:

- ✓ 100 % der Aufwendungen für die Unterbringung im 1- oder 2-Bett-Zimmer (einschließlich der Kosten eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung).
- ✓ 100 % der Aufwendungen für privatärztliche Behandlung (Chefarzt), auch über den Höchstsatz (3,5-fach) der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus.
- ✓ Bei Verzicht auf die Wahlleistungen (Unterbringung, Chefarzt) erhalten Sie ein Ersatz-Krankenhaustagegeld von bis zu 50 EUR pro Tag.
- ✓ Vorstationäre Behandlung zur Klärung der Erforderlichkeit einer Operation bzw. Vorbereitung bis zu 3 Tage innerhalb von 5 Tagen.
- ✓ Nachstationäre Behandlung zur Sicherung oder Festigung des Behandlungserfolgs bis zu 7 Tage innerhalb von 14 Tagen.
- ✓ Transportkosten zu einem anderen als dem nächstgelegenen Krankenhaus bis 150 km.
- ✓ Mehrkosten für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus für Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres (Rooming-In).
- ✓ 100 % der Aufwendungen (nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung) für ärztliche Leistungen, Vor- und Nachuntersuchung sowie Sachkosten bei ambulanten Operationen, wenn dadurch eine vollstationäre Behandlung vermieden wird (ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bis zu 90 %, max. 6.000 EUR pro Jahr).

Sie haben freie Krankenhauswahl.

Wird der Tarif als Anwartschaft geführt, haben Sie während dieser Zeit keinen Leistungsanspruch. Die Anwartschaftstarife sind im Angebot und im Versicherungsschein gekennzeichnet.

Was ist nicht versichert?

Wir erstatten nicht:

- ✗ Aufwendungen für Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind.
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle.
- ✗ Für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 2 Abs. 5 des Teils II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif SG1.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Bei Entbindung und Psychotherapie gelten 8 Monate Wartezeit.
- ! Die aufgeführten Aufwendungen können wir nur erstatten, wenn sie nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Gebührenordnung für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (GOP), Hebammen-Gebührenordnungen der Bundesländer, Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und Bundespflegesatzverordnung (BPflV) berechnet werden.
- ! Haben Sie Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der Gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so müssen wir nur für die Aufwendungen leisten, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- ! Haben Sie wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa.
- ✓ Wenn Sie uns vor Beginn Ihres Auslandsaufenthalts z. B. per Brief oder E-Mail Bescheid geben, wird Ihr Versicherungsschutz auch auf außereuropäische Länder ausgedehnt. Während der ersten beiden Monate Ihres vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland haben Sie auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.
- ✓ Bei Behandlung im Ausland ist der Ersatz von Aufwendungen für ein 1- oder 2-Bett-Zimmer und für vereinbarte privatärztliche Behandlung begrenzt. Und zwar auf die Aufwendungen, die entstanden wären, wenn Wahlleistungen eines vergleichbaren, geeigneten Krankenhauses in Deutschland beansprucht worden wären, das nach der BPflV oder nach dem KHEntgG abrechnet.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie können den Tarif SG1 nur abschließen, wenn Sie in der GKV versichert sind. Wenn diese Voraussetzung nicht mehr gegeben ist, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.
- Vor Vertragsschluss führen wir eine Gesundheitsprüfung durch. Daher müssen Sie alle von uns geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Schließen Sie oder eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer einen Krankheitskostenversicherungsvertrag mit Anspruch auf Erstattung von Wahlleistungen bei stationären Krankenhausaufenthalten ab, sind Sie verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- Auf Verlangen müssen Sie uns während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Wenn sich Ihre Postanschrift ändert, müssen Sie dies unverzüglich mitteilen. Andernfalls können Nachteile entstehen. Das Gleiche gilt bei Namensänderung.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den §§ 9 und 10 des Teils I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung.

Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und ist am 1. eines jeden Monats fällig.
- Den 1. Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von 2 Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde.
- Verspätete Beitragszahlungen können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
- Sie können uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto mittels SEPA-Lastschriftmandat einzuziehen. Alternativ können Sie als Zahlungsweise die Überweisung wählen. Die Beiträge müssen Sie an die von uns zu bezeichnende Stelle entrichten.

Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Beginn des Versicherungsschutzes ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet bei wirksamer Kündigung durch Sie (siehe auch „Wie kann ich den Vertrag kündigen?“). Wir können den Vertrag innerhalb eines Monats ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn Sie oder die versicherte Person den während der Vertragslaufzeit vorgesehenen Verpflichtungen vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht nachkommen.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn Sie oder eine versicherte Person den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in einen Staat außerhalb der EU, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz legen. Es sei denn, der Versicherungsschutz wird aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt.
- Scheiden Sie oder eine versicherte Person aus der GKV aus, endet für die betroffenen Personen die Versicherung nach Tarif SG1.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen, frühestens aber zum Ablauf des 2. Versicherungsjahres. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von 3 Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.

NÜRNBERGER VERSICHERUNG

NÜRNBERGER
Krankenversicherung AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Stationärzusatztarif SG1 für gesetzlich krankenversicherte Personen

(KV772_201807)

Teil II Leistungsregelungen

Gültig in Verbindung mit Teil I Allgemeine Bedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Inhalt

§ 1 Versicherungsfähigkeit
§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes
§ 3 Versicherungsleistungen
§ 4 Verzicht auf allgemeine Wartezeiten
§ 5 Sonstige Tarifbestimmungen
§ 6 Monatsbeiträge
Anhang

§ 1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung haben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Die Versicherung endet mit dem Ende des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Maßgebliche Gebührenvorschriften

Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach den dafür geltenden Rechtsnormen berechnet werden. In Deutschland sind dies: Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Gebührenordnung für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (GOP), Hebammen-Gebührenordnungen der Budesländer, Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und Bundespflegesatzverordnung (BPflV).

(2) Leistungserbringer und Behandlungsarten

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

b) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen und die Voraussetzungen von a) erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Der Versicherer kann sich jedoch nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen

- wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten und die auch in einem Krankenhaus hätten durchgeführt werden können, das keine Rekonvaleszenten aufnimmt und keine Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführt,
- wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthalts des Versicherten war, oder
- bei Einlieferung aus akutem Anlass

Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(3) Auskunft über Leistungsumfang

Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(4) Auskunft über Leistungsprüfung

Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

(5) Leistungsausschlüsse und -einschränkungen

Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entwöhnungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren. Aufwendungen für medizinisch notwendige Entgiftungsmaßnahmen werden erstattet;

c) für Behandlung in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

d) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Aufwendungen, die nicht nach GOÄ, GOP und den Hebammen-Gebührenordnungen der Bundesländer berechnet werden können, gelten als angemessen, soweit sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

e) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

f) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 3 Versicherungsleistungen

(1) Stationäre Heilbehandlung einschließlich Schwangerschaft und Entbindung

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, sowie für die Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim erstattet der Versicherer Aufwendungen im tariflichen Umfang nur, wenn das Krankenhaus unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt. Erstattet die GKV Aufwendungen für eine stationäre Heilbehandlung, wird die medizinische Notwendigkeit ohne weitere Prüfung anerkannt.

a) Aufwendungen für Wahlleistungen

Es werden 100 % der Aufwendungen für Wahlleistungen erstattet.

Als Wahlleistungen gelten gesondert berechenbare Unterkunft im 1- oder 2-Bett-Zimmer (einschließlich der Kosten eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung) sowie gesondert berechenbare privatärztliche Behandlung. Die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung eines gesunden Neugeborenen sind eingeschlossen.

Werden bei vollstationärer Heilbehandlung weder die Kosten für eine Unterkunft im 1- oder 2-Bett-Zimmer noch für eine privatärztliche Behandlung nachgewiesen, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 50,00 EUR gezahlt. Werden lediglich die Kosten für eine der beiden Wahlleistungen nachgewiesen, wird ein Krankenhaustagegeld von 25,00 EUR gezahlt. Wird bei teilstationärer Behandlung auf eine privatärztliche Behandlung verzichtet, wird ein Krankenhaustagegeld von 25,00 EUR gezahlt.

b) Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen

Erstattet werden 100 % der verbleibenden Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei Wahl eines anderen als des nächstgelegenen geeigneten Krankenhauses nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ausgenommen von der Erstattung ist die von der GKV verlangte gesetzliche Zuzahlung.

c) Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

Erstattet werden 100 % der Aufwendungen für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a Sozialgesetzbuch V (siehe Anhang), soweit sie nicht von der GKV zu tragen sind.

Vorstationäre Behandlung ist die Behandlung zur Klärung der Erforderlichkeit oder zur Vorbereitung einer vollstationären Krankenhausbehandlung. Sie ist begrenzt auf längstens 3 Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor Beginn der stationären Behandlung.

Nachstationäre Behandlung ist die Behandlung zur Sicherung oder Festigung des Behandlungserfolges im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung. Sie ist begrenzt auf längstens 7 Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung.

d) Aufwendungen für eine Begleitperson bei Kindern

Erstattet werden 100 % der gesondert berechenbaren Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson bei einem vollstationären Krankenhausaufenthalt eines nach Tarif SG1 versicherten Kindes. Voraussetzung ist, dass das Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

e) Transportkosten

Ersetzt werden 100 % der Aufwendungen für einen Krankentransport vom und zum Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 150 km, mindestens aber bis zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, soweit sie nicht von der GKV zu tragen sind.

(2) Ambulante Operationen

Erstattet werden 100 % der nach Vorleistung der GKV verbleibenden Aufwendungen für ärztliche Leistungen, Vor- und Nachuntersuchung sowie Sachkosten bei ambulanten Operationen, wenn dadurch eine vollstationäre Behandlung vermieden wird. Vor- und Nachuntersuchungen sind dabei während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der ambulanten Operation erstattungsfähig.

Ohne Vorleistung der GKV werden 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von 6.000,00 EUR pro Jahr erstattet.

(3) Behandlungen im Ausland

Bei Behandlung im Ausland ist der Ersatz von Aufwendungen für ein 1- oder 2-Bett-Zimmer und für vereinbarte privatärztliche Behandlung begrenzt auf die Aufwendungen, die bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen eines vergleichbaren, geeigneten Krankenhauses in Deutschland, das nach der BPflV oder nach dem KHEntgG abrechnet, entstanden wären.

§ 4 Verzicht auf allgemeine Wartezeiten

Die in § 4 Absatz 2 Teil I der AVB genannten allgemeinen Wartezeiten entfallen.

§ 5 Sonstige Tarifbestimmungen

Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung

Der in § 8b Abs. 1 Teil I der AVB genannte Vomhundertsatz beträgt bei Tarif SG1 bei dem Vergleich der Versicherungsleistungen und bei dem Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeiten jeweils 5 %.

§ 6 Monatsbeiträge

Es gelten die im Versicherungsschein ausgewiesenen Beiträge. Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem erreichten Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter). Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß § 8 a Teil I der AVB Rechnung getragen.

Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, die für Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Mit dem der Vollendung des 16. Lebensjahres folgenden Monat ist der dann gültige Jugendlichenbeitrag und mit dem der Vollendung des 21. Lebensjahres folgenden Monat der dann gültige Erwachsenenbeitrag (Eintrittsalter 21) zu zahlen.

Anhang

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

§ 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder

2. im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Produkt: Krankenhauszusatzversicherung SG2

Mitgliedstaat: Bundesrepublik Deutschland

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskosten-Zusatzversicherung, die Ihren gesetzlichen Krankenversicherungsschutz bei Krankenhausaufenthalten ergänzt.

Was ist versichert?

Wir erstatten:

- ✓ 100 % der Aufwendungen für die Unterbringung im 2-Bett-Zimmer (einschließlich der Kosten eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung).
- ✓ 100 % der Aufwendungen für privatärztliche Behandlung (Chefarzt), bis zu den Höchstsätzen (3,5-fach) der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).
- ✓ Bei Verzicht auf die Wahlleistungen (2-Bett-Zimmer, Chefarzt) erhalten Sie ein Ersatz-Krankenhaustagegeld von bis zu 40 EUR pro Tag.
- ✓ Vorstationäre Behandlung zur Klärung der Erforderlichkeit einer Operation bzw. Vorbereitung bis zu 3 Tage innerhalb von 5 Tagen.
- ✓ Nachstationäre Behandlung zur Sicherung oder Festigung des Behandlungserfolgs bis zu 7 Tage innerhalb von 14 Tagen.
- ✓ Mehrkosten für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus für Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres (Rooming-in).
- ✓ Transportkosten zu einem anderen als dem nächstgelegenen Krankenhaus bis 150 km.
- ✓ 100 % der Aufwendungen (nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung) für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt bis zu den Höchstsätzen der GOÄ bei ambulanten Operationen im Krankenhaus, wenn dadurch eine vollstationäre Behandlung (ohne Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bis zu 90 %, max. 6.000 EUR pro Jahr).

Sie haben freie Krankenhauswahl.

Wird der Tarif als Anwartschaft geführt, haben Sie während dieser Zeit keinen Leistungsanspruch. Die Anwartschaftstarife sind im Angebot und im Versicherungsschein gekennzeichnet.

Was ist nicht versichert?

Wir erstatten nicht:

- ✗ Aufwendungen für Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind.
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle.
- ✗ Für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 2 Abs. 5 des Teils II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif SG2.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Bei Entbindung und Psychotherapie gelten 8 Monate Wartezeit.
- ! Die aufgeführten Aufwendungen können wir nur erstatten, wenn sie nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Gebührenordnung für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (GOP), Hebammen-Gebührenordnungen der Bundesländer, Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und Bundespflegesatzverordnung (BPflV) berechnet werden.
- ! Ärztliche Leistungen erstatten wir bis zu den Höchstsätzen der GOÄ.
- ! Haben Sie Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der Gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so müssen wir nur für die Aufwendungen leisten, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- ! Haben Sie wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa.
- ✓ Wenn Sie uns vor Beginn Ihres Auslandsaufenthalts z. B. per Brief oder E-Mail Bescheid geben, wird Ihr Versicherungsschutz auch auf außereuropäische Länder ausgedehnt. Während der ersten beiden Monate Ihres vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland haben Sie auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.
- ✓ Bei Behandlung im Ausland ist der Ersatz von Aufwendungen für ein 2-Bett-Zimmer und für vereinbarte privatärztliche Behandlung begrenzt. Und zwar auf die Aufwendungen, die entstanden wären, wenn Wahlleistungen eines vergleichbaren, geeigneten Krankenhauses in Deutschland beansprucht worden wären, das nach der BPflV oder nach dem KHEntgG abrechnet.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie können den Tarif SG2 nur abschließen, wenn Sie in der GKV versichert sind oder Anspruch auf freie Heilfürsorge haben. Wenn diese Voraussetzung nicht mehr gegeben ist, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.
- Vor Vertragsschluss führen wir eine Gesundheitsprüfung durch. Daher müssen Sie alle von uns geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Schließen Sie oder eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer einen Krankheitskostenversicherungsvertrag mit Anspruch auf Erstattung von Wahlleistungen bei stationären Krankenhausaufenthalten ab, sind Sie verpflichtet, uns von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- Auf Verlangen müssen Sie uns während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Wenn sich Ihre Postanschrift ändert, müssen Sie dies unverzüglich mitteilen. Andernfalls können Nachteile entstehen. Das Gleiche gilt bei Namensänderung.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den §§ 9 und 10 des Teils I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung.

Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und ist am 1. eines jeden Monats fällig.
- Den 1. Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von 2 Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde.
- Verspätete Beitragszahlungen können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
- Sie können uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto mittels SEPA-Lastschriftmandat einzuziehen. Alternativ können Sie als Zahlungsweise die Überweisung wählen. Die Beiträge müssen Sie an die von uns zu bezeichnende Stelle entrichten.

Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Beginn des Versicherungsschutzes ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet bei wirksamer Kündigung durch Sie (siehe auch „Wie kann ich den Vertrag kündigen?“). Wir können den Vertrag innerhalb eines Monats ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn Sie oder die versicherte Person den während der Vertragslaufzeit vorgesehenen Verpflichtungen vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht nachkommen.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn Sie oder eine versicherte Person den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in einen Staat außerhalb der EU, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz legen. Es sei denn, der Versicherungsschutz wird aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt.
- Scheiden Sie oder eine versicherte Person aus der GKV aus, endet für die betroffenen Personen die Versicherung nach Tarif SG2.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen, frühestens aber zum Ablauf des 2. Versicherungsjahres. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von 3 Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.

NÜRNBERGER VERSICHERUNG

NÜRNBERGER
Krankenversicherung AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den Stationärzusatztarif SG2 für gesetzlich krankenversicherte Personen

(KV773_201801)

Teil II Leistungsregelungen

Gültig in Verbindung mit
Teil I Allgemeine Bedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Inhalt

§ 1 Versicherungsfähigkeit
§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes
§ 3 Versicherungsleistungen
§ 4 Sonstige Tarifbestimmungen
§ 5 Monatsbeiträge
Anhang

§ 1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Personen, die Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind oder im Rahmen der Familienversicherung Anspruch auf Leistungen bei einem Träger der Gesetzlichen Krankenversicherung haben. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Die Versicherung endet mit dem Ende des Monats, in dem die Anzeige beim Versicherer eingeht.

§ 2 Umfang des Versicherungsschutzes

(1) Maßgebliche Gebührenvorschriften

Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach den dafür geltenden Rechtsnormen berechnet werden. In Deutschland sind dies: Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Gebührenordnung für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (GOP), Hebammen-Gebührenordnungen der Bundesländer, Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und Bundespflegesatzverordnung (BPflV).

(2) Leistungserbringer und Behandlungsarten

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

b) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen und die Voraussetzungen von a) erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Der Versicherer kann sich jedoch nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen

- wenn ausschließlich medizinisch notwendige Heilbehandlungen durchgeführt wurden, die eine stationäre Behandlung erforderten und die auch in einem Krankenhaus hätten durchgeführt werden können, das keine Rekonvaleszenten aufnimmt und keine Kur- und Sanatoriumsbehandlungen durchführt,
- wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthalts des Versicherten war, oder
- bei Einlieferung aus akutem Anlass.

Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfange auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

(3) Auskunft über Leistungsumfang

Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(4) Auskunft über Leistungsprüfung

Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

(5) Leistungsausschlüsse und -einschränkungen

Keine Leistungspflicht besteht

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entwöhnungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren. Aufwendungen für medizinisch notwendige Entgiftungsmaßnahmen werdem erstattet;

c) für Behandlung in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

d) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Aufwendungen, die nicht nach GOÄ, GOP und den Hebammen-Gebührenordnungen der Bundesländer berechnet werden können, gelten als angemessen, soweit sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

e) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

f) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 3 Versicherungsleistungen

(1) Stationäre Heilbehandlung einschließlich Schwangerschaft und Entbindung

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft, sowie für die Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim erstattet der Versicherer Aufwendungen im tariflichen Umfang nur, wenn das Krankenhaus unter ständiger ärztlicher Leitung steht, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügt und Krankengeschichten führt. Erstattet die GKV Aufwendungen für eine stationäre Heilbehandlung, wird die medizinische Notwendigkeit ohne weitere Prüfung anerkannt.

a) Aufwendungen für Wahlleistungen

Es werden 100 % der Aufwendungen für Wahlleistungen erstattet.

Als Wahlleistungen gelten gesondert berechenbare Unterkunft im 2-Bett-Zimmer (einschließlich der Kosten eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung) sowie gesondert berechenbare privatärztliche Behandlung bis zu den Höchstsätzen der GOÄ. Die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung eines gesunden Neugeborenen sind eingeschlossen.

Werden bei vollstationärer Heilbehandlung weder die Kosten für eine Unterkunft im 2-Bett-Zimmer noch für eine privatärztliche Behandlung nachgewiesen, wird ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 40,00 EUR gezahlt. Werden lediglich die Kosten für eine der beiden Wahlleistungen nachgewiesen, wird ein Krankenhaustagegeld von 20,00 EUR gezahlt. Wird bei teilstationärer Behandlung auf eine privatärztliche Behandlung verzichtet, wird ein Krankenhaustagegeld von 20,00 EUR gezahlt.

b) Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen

Erstattet werden 100 % der verbleibenden Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen bei Wahl eines anderen als des nächstgelegenen geeigneten Krankenhauses nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bzw. der freien Heilfürsorge. Ausgenommen von der Erstattung ist die von der GKV verlangte gesetzliche Zuzahlung. Erbringt die GKV bzw. die Heilfürsorge keine Leistungen, werden die in Satz 1 genannten Aufwendungen nicht ersetzt.

c) Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

Erstattet werden 100 % der Aufwendungen für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115a Sozialgesetzbuch V (siehe Anhang), soweit sie nicht von der GKV bzw. der freien Heilfürsorge zu tragen sind.

Vorstationäre Behandlung ist die Behandlung zur Klärung der Erforderlichkeit oder zur Vorbereitung einer vollstationären Krankenhausbehandlung. Sie ist begrenzt auf längstens 3 Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor Beginn der stationären Behandlung.

Nachstationäre Behandlung ist die Behandlung zur Sicherung oder Festigung des Behandlungserfolges im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung. Sie ist begrenzt auf längstens 7 Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung.

d) Aufwendungen für eine Begleitperson bei Kindern

Erstattet werden 100 % der gesondert berechenbaren Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson bei einem vollstationären Krankenhausaufenthalt eines nach Tarif SG2 versicherten Kindes. Voraussetzung ist, dass das Kind das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

e) Transportkosten

Ersetzt werden 100 % der Aufwendungen für einen Krankentransport vom und zum Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 150 km, mindestens aber bis zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, soweit sie nicht von der GKV bzw. der freien Heilfürsorge zu tragen sind.

(2) Ambulante Operationen im Krankenhaus

Erstattet werden 100 % der nach Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge verbleibenden Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt bis zu den Höchstsätzen der GOÄ, Vor- und Nachuntersuchung sowie Sachkosten bei ambulanten Operationen im Krankenhaus, wenn dadurch eine vollstationäre Behandlung vermieden wird. Vor- und Nachuntersuchungen sind dabei während 5 Tagen vor Beginn und 14 Tagen nach Ende der ambulanten Operation erstattungsfähig.

Ohne Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge werden 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von 6.000,00 EUR pro Jahr erstattet.

(3) Behandlungen im Ausland

Bei Behandlung im Ausland ist der Ersatz von Aufwendungen für ein 2-Bett-Zimmer und für vereinbarte privatärztliche Behandlung begrenzt auf die Aufwendungen, die bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen eines vergleichbaren, geeigneten Krankenhauses in Deutschland, das nach der BPflV oder nach dem KHEntgG abrechnet, entstanden wären.

§ 4 Sonstige Tarifbestimmungen

Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung

Der in § 8b Abs. 1 Teil I der AVB genannte Vomhundertsatz beträgt bei Tarif SG2 bei dem Vergleich der Versicherungsleistungen und bei dem Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeiten jeweils 5 %.

§ 5 Monatsbeiträge

Es gelten die im Versicherungsschein ausgewiesenen Beiträge. Die Höhe des Tarifbeitrags richtet sich nach dem erreichten Alter bei Eintritt in den jeweiligen Tarif (Eintrittsalter). Bei einer Änderung der Beiträge wird dem Eintrittsalter gemäß § 8 a Teil I der AVB Rechnung getragen.

Die Beiträge für Kinder gelten bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres, die für Jugendliche bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres. Mit dem der Vollendung des 16. Lebensjahres folgenden Monat ist der dann gültige Jugendlichenbeitrag und mit dem der Vollendung des 21. Lebensjahres folgenden Monat der dann gültige Erwachsenenbeitrag (Eintrittsalter 21) zu zahlen.

Anhang

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

§ 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder

2. im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Produkt: Stationär-Zusatzversicherung (Tarifbezeichnungen SG2R/SG2L)

Mitgliedstaat: Bundesrepublik Deutschland

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz in der Stationär-Zusatzversicherung mit den Tarifbezeichnungen SG2R bzw. SG2L. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine private Krankheitskosten-Zusatzversicherung, die Ihren gesetzlichen Krankenversicherungsschutz bei Krankenhausaufenthalten ergänzt.

Was ist versichert?

Wir erstatten:

- ✓ 100 % der Aufwendungen für die Unterbringung im 2-Bett-Zimmer (einschließlich der Kosten eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung). Wählen Sie die Unterbringung im 1-Bett-Zimmer, erstatten wir den Zuschlag für das 1-Bett-Zimmer zu 60 %.
- ✓ 100 % der Aufwendungen für privatärztliche Behandlung (Chefarzt), auch über die Höchstsätze (3,5-fach) der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) hinaus
- ✓ Bei Verzicht auf die Wahlleistungen (2-Bett- oder 1-Bett-Zimmer, Chefarzt) erhalten Sie ein Ersatz-Krankenhaustagegeld von bis zu 40 EUR pro Tag.
- ✓ Vorstationäre Behandlung zur Klärung der Erforderlichkeit einer Operation bzw. Vorbereitung bis zu 3 Tage innerhalb von 5 Tagen
- ✓ Nachstationäre Behandlung zur Sicherung oder Festigung des Behandlungserfolgs bis zu 7 Tage innerhalb von 14 Tagen
- ✓ Mehrkosten für die Unterbringung einer Begleitperson im Krankenhaus für Kinder bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres (Rooming-in)
- ✓ Transportkosten zu einem anderen als dem nächstgelegenen Krankenhaus bis 150 km
- ✓ 100 % der Aufwendungen (nach Vorleistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)) für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt bis zu den Höchstsätzen der GOÄ bei ambulanten Operationen im Krankenhaus, wenn dadurch eine vollstationäre Behandlung vermieden wird (ohne Vorleistung der GKV bis zu 90 %, max. 6.000 EUR pro Jahr)

Was ist nicht versichert?

Wir erstatten nicht:

- ✗ Aufwendungen für Behandlungen, die nicht medizinisch notwendig sind
- ✗ Auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle
- ✗ Eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 5 des Teils II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Stationär-Zusatzversicherung.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Bei Entbindung und Psychotherapie gelten 8 Monate Wartezeit.
- ! Die aufgeführten Aufwendungen können wir nur erstatten, wenn sie nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), Gebührenordnung für psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (GOP), den Hebammen-Gebührenordnungen der Bundesländer, Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und Bundespflegesatzverordnung (BPflV) berechnet werden.
- ! Haben Sie Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der Gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, müssen wir nur für die Aufwendungen leisten, die trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

Wo bin ich versichert?

- ✓ Versichert sind Heilbehandlungen in Europa.
- ✓ Wenn Sie uns vor Beginn Ihres Auslandsaufenthalts z. B. per Brief oder E-Mail Bescheid geben, wird Ihr Versicherungsschutz auch auf außereuropäische Länder ausgedehnt. Während der ersten beiden Monate Ihres vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland haben Sie auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz.
- ✓ Bei Behandlung im Ausland ist der Ersatz von Aufwendungen für ein 2-Bett- oder 1-Bett-Zimmer und für vereinbarte privatärztliche Behandlung begrenzt auf die Aufwendungen, die bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen eines vergleichbaren geeigneten Krankenhauses in Deutschland entstanden wären, das nach der BPflV oder nach dem KHEntgG abrechnet.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie können die Stationär-Zusatzversicherung (Tarifbezeichnung SG2R bzw. SG2L) nur abschließen, wenn Sie in der GKV versichert sind oder Anspruch auf freie Heilfürsorge haben. Ist diese Voraussetzung nicht mehr gegeben, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen.
- Vor Vertragsschluss führen wir eine Gesundheitsprüfung durch. Daher müssen Sie alle von uns geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Auf Verlangen müssen Sie uns während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Wenn sich Ihre Postanschrift ändert, müssen Sie dies unverzüglich mitteilen. Andernfalls können Nachteile entstehen. Das Gleiche gilt bei Namensänderung.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den §§ 9 und 10 des Teils I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung.

Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und ist am Ersten eines jeden Monats fällig.
- Der 1. Beitrag muss unverzüglich, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, nach Ablauf von 2 Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins (d. h. nicht bevor Sie den Versicherungsschein oder eine schriftliche Annahmeerklärung erhalten) gezahlt werden.
- Verspätete Beitragszahlungen können zum Verlust Ihres Versicherungsschutzes führen.
- Sie können uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto mittels SEPA-Lastschriftmandat einzuziehen. Alternativ können Sie als Zahlungsweise die Überweisung wählen. Die Beiträge müssen Sie dann an die von uns genannte Stelle überweisen.

Festlegung der Beiträge

- Die Berechnung der Beiträge ist in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Die Beiträge werden getrennt für die Altersbereiche 0 bis 15 Jahre, 16 bis 30 Jahre, 31 bis 49 Jahre (Tarifbezeichnung SG2R) sowie die Alter ab 50 Jahren bestimmt (Tarifbezeichnung SG2L). Das hat zur Folge, dass Ihr Beitrag steigt, wenn Sie oder eine versicherte Person das 16., das 31. bzw. das 50. Lebensjahr vollenden.
  Mit Vollendung des 50. Lebensjahres ist der dann gültige Beitrag für das Eintrittsalter 50 zu zahlen.
  Aktuell sind das **58,34 EUR**. Ab dann steigt Ihr Beitrag aufgrund des Älterwerdens nicht mehr an.
  Für Personen, die bei Vertragsabschluss das 50. Lebensjahr bereits vollendet haben, ist der für das jeweilige Alter gültige Beitrag zu zahlen.

Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Beginn des Versicherungsschutzes ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet bei wirksamer Kündigung durch Sie (siehe auch „Wie kann ich den Vertrag kündigen?“). Wir können den Vertrag innerhalb eines Monats ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn Sie oder die versicherte Person den während der Vertragslaufzeit vorgesehenen Verpflichtungen vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht nachkommen.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn Sie oder eine versicherte Person den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in einen Staat außerhalb der EU, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz legen. Es sei denn, das Vertragsverhältnis wird aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt.
- Scheiden Sie oder eine versicherte Person aus der GKV aus, endet für die betroffenen Personen die Versicherung in der Stationär-Zusatzversicherung.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen, frühestens aber zum Ablauf des 2. Versicherungsjahres. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von 3 Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.

NÜRNBERGER VERSICHERUNG

NÜRNBERGER
Krankenversicherung AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Stationär-Zusatzversicherung (Tarifbezeichnungen SG2R bzw. SG2L) für gesetzlich krankenversicherte Personen

(KV744_201803)

Teil II Leistungsregelungen der Stationär-Zusatzversicherung

Gültig in Verbindung mit
Teil I Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung

Inhalt

§ 1 Allgemeine Bestimmungen
§ 2 Versicherungsfähigkeit
§ 3 Versicherungsleistungen
§ 4 Verzicht auf allgemeine Wartezeiten
§ 5 Einschränkungen der Leistungspflicht
§ 6 Sonstige Tarifbestimmungen
§ 7 Monatsbeiträge

§ 1 Allgemeine Bestimmungen

Ihre Stationär-Zusatzversicherung wird für versicherte Personen bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres ohne Aufbau von Rückstellungen für die mit dem Alter steigenden Versicherungsleistungen (Alterungsrückstellungen) kalkuliert. Dies bedeutet, dass allein wegen des Älterwerdens Ihr Beitrag mit Vollendung des 16., des 31. und des 50. Lebensjahres steigt. Ihre Stationär-Zusatzversicherung wird für versicherte Personen bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres als Tarif SG2R bezeichnet. Ab Vollendung des 50. Lebensjahres erfolgt dagegen die Beitragskalkulation mit Bildung von Alterungsrückstellungen. Das bedeutet, dass der Beitrag allein aufgrund des Älterwerdens nicht mehr steigt. Ihre Stationär-Zusatzversicherung wird für Personen mit vollendetem 50. Lebensjahr als Tarif SG2L bezeichnet (siehe auch § 7 Monatsbeiträge).

§ 2 Versicherungsfähigkeit

Sie sind in der Stationär-Zusatzversicherung versicherungsfähig, wenn Sie Anspruch auf freie Heilfürsorge haben oder in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind. Entfällt die Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit, müssen Sie uns das unverzüglich anzeigen. Die Versicherung endet mit dem Ende des Monats, in dem die Anzeige bei uns eingeht.

§ 3 Versicherungsleistungen

(1) Erstattungsfähige Aufwendungen

(1.1) Stationäre Heilbehandlung einschließlich Schwangerschaft und Entbindung

Bei einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung, Untersuchung und Behandlung wegen Schwangerschaft sowie für die Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim erstatten wir Ihnen die nachfolgend aufgeführten Aufwendungen. Erstattet Ihnen die GKV bzw. die freie Heilfürsorge Aufwendungen für eine stationäre Heilbehandlung, erkennen wir die medizinische Notwendigkeit ohne weitere Prüfung an.

a) Aufwendungen für Wahlleistungen

Wir erstatten 100 % der Aufwendungen für Wahlleistungen.

Als Wahlleistungen gelten gesondert berechenbare Unterkunft im 2-Bett-Zimmer (einschließlich der Kosten eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung) und die gesondert berechenbare privatärztliche Behandlung.

Wählen Sie die Unterbringung im 1-Bett-Zimmer, ist der Zuschlag für das 1-Bett-Zimmer zu 60 % erstattungsfähig.

Die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung eines gesunden Neugeborenen sind eingeschlossen.

Weisen Sie bei einer vollstationären Heilbehandlung in Deutschland weder die Kosten für eine Unterkunft im 2-Bett-Zimmer oder 1-Bett-Zimmer noch für eine privatärztliche Behandlung nach, zahlen wir Ihnen für jeden Tag des stationären Krankenhausaufenthalts als Ersatz ein Krankenhaustagegeld in Höhe von 40 EUR. Weisen Sie lediglich die Kosten für eine der beiden Wahlleistungen nach, zahlen wir Ihnen ein Krankenhaustagegeld von 20 EUR. Verzichten Sie bei teilstationärer Behandlung auf eine privatärztliche Behandlung, zahlen wir Ihnen ein Krankenhaustagegeld von 20 EUR.

b) Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen

Wir erstatten 100 % der nach Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge verbleibenden Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen, wenn Sie ein anderes als das nächstgelegene geeignete Krankenhaus wählen. Ausgenommen von der Erstattung ist die von der GKV verlangte gesetzliche Zuzahlung. Erbringt die GKV bzw. die freie Heilfürsorge keine Leistungen, ersetzen wir die in Satz 1 genannten Aufwendungen nicht.

c) Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

Wir erstatten 100 % der Aufwendungen für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a Sozialgesetzbuch V (siehe Anhang), soweit diese Aufwendungen nicht von der GKV bzw. der freien Heilfürsorge erstattet werden.

Vorstationäre Behandlung ist die Behandlung zur Klärung der Erforderlichkeit oder zur Vorbereitung einer vollstationären Krankenhausbehandlung. Sie ist begrenzt auf längstens 3 Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor Beginn der stationären Behandlung.

Nachstationäre Behandlung ist die Behandlung zur Sicherung oder Festigung des Behandlungserfolgs im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung. Sie ist begrenzt auf längstens 7 Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Ende der stationären Behandlung.

d) Aufwendungen für eine Begleitperson bei Kindern

Wir erstatten 100 % der gesondert berechenbaren Kosten für Unterbringung und Verpflegung eines Elternteils als Begleitperson bei einem vollstationären Krankenhausaufenthalt eines versicherten Kindes. Voraussetzung ist, dass das Kind das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

e) Transportkosten

Wir erstatten 100 % der Aufwendungen für einen Krankentransport vom und zum Krankenhaus bis zu einer Entfernung von 150 km, mindestens aber bis zum und vom nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus, soweit Ihnen diese Aufwendungen nicht von der GKV bzw. der freien Heilfürsorge erstattet werden.

(1.2) Aufwendungen für ambulante Operationen im Krankenhaus

Wir erstatten 100 % der nach Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge verbleibenden Aufwendungen für ärztliche Leistungen durch einen Krankenhaus- oder Belegarzt, Vor- und Nachuntersuchung sowie Sachkosten bei ambulanten Operationen im Krankenhaus, wenn dadurch eine vollstationäre Behandlung vermieden wird. Dabei erstatten wir Aufwendungen für Vor- und Nachuntersuchungen, die im Zeitraum 5 Tage vor Beginn bis 14 Tage nach Ende der ambulanten Operation entstehen.

Ohne Vorleistung der GKV bzw. der freien Heilfürsorge erstatten wir 90 % der erstattungsfähigen Aufwendungen bis zu einem Gesamtrechnungsbetrag von 6.000 EUR pro Jahr.

(1.3) Aufwendungen bei Behandlungen im Ausland

Bei Behandlung im Ausland begrenzen wir die erstattungsfähigen Aufwendungen für ein 2-Bett-Zimmer und für vereinbarte privatärztliche Behandlung auf die Aufwendungen, die bei Inanspruchnahme von Wahlleistungen eines vergleichbaren geeigneten Krankenhauses in Deutschland entstanden wären, das nach Bundespflegesatzverordnung (BPflV) oder nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) abrechnet.

(2) Maßgebliche Gebührenvorschriften

Aufwendungen sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten (GOP), den Hebammen-Gebührenordnungen der Bundesländer, dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) berechnet wurden.

Aufwendungen für privatärztliche Leistungen erstatten wir hierbei über die Höchstsätze der GOÄ hinaus.

(3) Leistungserbringer und Behandlungsarten

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

(4) Auskunft über Leistungsumfang

Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, können Sie in Textform von uns Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Wir erteilen Ihnen die Auskunft spätestens nach 4 Wochen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, erteilen wir die Auskunft unverzüglich, spätestens jedoch nach 2 Wochen. Wir gehen dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens bei uns. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch uns vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(5) Auskunft über Leistungsprüfung

Wir geben auf Ihr Verlangen hin Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die wir bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt haben. Sprechen erhebliche therapeutische oder sonstige Gründe gegen eine Auskunft an oder eine Einsicht durch Sie, können Sie nur verlangen, dass wir einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Haben Sie das Gutachten oder die Stellungnahme auf unsere Veranlassung eingeholt, erstatten wir die entstandenen Kosten.

§ 4 Verzicht auf allgemeine Wartezeiten

Die in § 4 Absatz 2 Teil I der AVB genannten allgemeinen Wartezeiten entfallen.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Wir sind nicht zur Leistung verpflichtet

a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch aktive Teilnahme an Kriegsereignissen verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;

b) für vorsätzlich herbeigeführte Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entwöhnungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren. Aufwendungen für medizinisch notwendige Entgiftungsmaßnahmen werden erstattet.

c) für Behandlung in Krankenanstalten, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben. Dies gilt nur, wenn Sie vor Eintritt des Versicherungsfalls über den Leistungsausschluss informiert wurden. Ist zum Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall noch nicht abgeschlossen, haben Sie keinen Leistungsanspruch für Aufwendungen, die mehr als 3 Monate nach unserer Benachrichtigung entstehen.

d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlungen sowie für Rehabilitationsmaßnahmen inkl. Anschlussheilbehandlungen.

e) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, können wir unsere Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, sind wir insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

Aufwendungen, die nicht nach GOÄ, GOP und den Hebammen-Gebührenordnungen der Bundesländer berechnet werden können, sehen wir als angemessen an, soweit sie das in Deutschland übliche Maß nicht übersteigen.

f) Falls Sie auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der Gesetzlichen Rentenversicherung auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge haben, sind wir nur für den Teil der Aufwendungen leistungspflichtig, der trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleibt.

g) Haben Sie wegen desselben Versicherungsfalls einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Sonstige Tarifbestimmungen

a) Voraussetzungen für eine Beitragsanpassung

Der in § 8b Absatz 1 Teil I der AVB genannte Vomhundertsatz beträgt beim Vergleich der Versicherungsleistungen und beim Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeiten jeweils 5 %.

b) Obliegenheiten (= Pflichten)

Die in § 9 Absätze 5 (Unterrichtung bei anderweitigem Versicherungsschutz) und 6 (Abschluss einer Krankenhaustagegeld-Versicherung bei einem anderen Versicherer) Teil I der AVB genannten Pflichten entfallen.

§ 7 Monatsbeiträge

Die Beiträge Ihrer Stationär-Zusatzversicherung (Tarifbezeichnung SG2R bzw. SG2L) sind in den Technischen Berechnungsgrundlagen festgelegt. Es gelten die im Versicherungsschein ausgewiesenen Beiträge.

Die Beiträge für den Tarif SG2R werden jeweils getrennt für die Altersintervalle von 0 bis 15 Jahre, 16 bis 30 Jahre und 31 bis 49 Jahre bestimmt. Mit dem Monat, der auf die Vollendung des 16. und des 31. Lebensjahres der versicherten Person folgt, ist der dann gültige Beitrag der jeweiligen Altersgruppe zu zahlen.

Dies bedeutet, dass allein wegen des Älterwerdens Ihr Beitrag mit Vollendung des 16., des 31. und des 50. Lebensjahres steigt. Mit Vollendung des 50. Lebensjahres ist der zu diesem Zeitpunkt gültige Neugeschäftsbeitrag für eine 50-jährige Person nach Tarif SG2L zu zahlen, der dann aber allein aufgrund des Älterwerdens nicht mehr steigt (siehe auch § 1 Allgemeine Bestimmungen).

Anhang

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

§ 115a Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus

(1) Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um

1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder
2. im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen. Absatz 2 Satz 5 findet insoweit keine Anwendung.

(2) Die vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach § 9 Absatz 2 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen. Eine notwendige ärztliche Behandlung außerhalb des Krankenhauses während der vor- und nachstationären Behandlung wird im Rahmen des Sicherstellungsauftrags durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte gewährleistet. Das Krankenhaus hat den einweisenden Arzt über die vor- oder nachstationäre Behandlung sowie diesen und die an der weiteren Krankenbehandlung jeweils beteiligten Ärzte über die Kontrolluntersuchungen und deren Ergebnis unverzüglich zu unterrichten. Die Sätze 2 bis 6 gelten für die Nachbetreuung von Organspendern nach § 8 Abs. 3 Satz 1 des Transplantationsgesetzes entsprechend.

(3) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Ersatzkassen und der Landesausschuß des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab. Diese gelten bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach Satz 1. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung innerhalb von drei Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zur Aufnahme der Verhandlungen aufgefordert hat, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf Antrag einer Vertragspartei oder der zuständigen Landesbehörde die Vergütung fest.

NÜRNBERGER VERSICHERUNG

NÜRNBERGER
Krankenversicherung AG

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung (KV303_202211)

Teil I Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen der Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung (im Text kursiv hervorgehoben)

Inhalt

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes
§ 3 Wartezeiten
§ 4 Umfang der Leistungspflicht
§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht
§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung
§ 8a Beitragsberechnung
§ 8b Beitragsanpassung
§ 9 Obliegenheiten
§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
§ 11 Ansprüche gegen Dritte
§ 12 Aufrechnung

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
§ 14 Kündigung durch den Versicherer
§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen
§ 17 Gerichtsstand
§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
§ 19 Wechsel in den Standardtarif
§ 20 Wechsel in den Basistarif
§ 21 Sonstiges

Anhang

Personen- und Funktionsbezeichnungen stehen für alle Geschlechter gleichermaßen.

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

Teil I

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

a) in der Krankheitskosten-Versicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,

b) in der Krankenhaustagegeld-Versicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.

(2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch

a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,

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

c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.

(3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Absatz 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer nimmt den Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Absatz 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht bei Anwartschafts- und Ruhensversicherungen nicht, solange der Anwartschaftsgrund bzw. der Ruhensgrund nicht entfallen ist, und nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

Teil II

(1) Als Versicherungsfall gelten auch Aufwendungen für nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch (d. h., wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation).

(2) In Erweiterung von Teil I Absatz 2 b) erstreckt sich der Versicherungsschutz auf sämtliche zur Früherkennung von Krankheiten medizinisch notwendigen ambulanten Untersuchungen.

(3) Der Versicherungsschutz wird für vorübergehende Aufenthalte im außereuropäischen Ausland über den in Teil I Absatz 4 genannten Zeitraum hinaus ausgedehnt, wenn der Versicherer vor Beginn des Auslandsaufenthaltes unterrichtet wird.

(4) Die Schweiz wird in allen Bestimmungen den in Teil I, Absatz 5, genannten Staaten bzw. den anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union und anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

(2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.

(3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

Teil II

(1) Der Vertrag wird pro Person und Tarif erstmals für zwei Versicherungsjahre abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Jahr, sofern der Versicherungsnehmer ihn nicht drei Monate vor dem jeweiligen Ablauf schriftlich kündigt. Die Dauer einer bestehenden Vorversicherung mit gleichartigen Leistungen wird bei Tarifwechsel angerechnet.
Jede Person kann jeweils nur nach einem Ambulant-, Stationär- und Zahntarif versichert werden.

(2) Das erste Versicherungsjahr des jeweiligen Tarifes rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

(3) Sofern vom Versicherungsnehmer nachgewiesen wird, dass für das Neugeborene oder Adoptivkind gemäß Teil I Abs. 2 bzw. Abs. 3 kein Anspruch auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 10 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V, siehe Anhang) besteht, verzichtet der Versicherer auf die in Teil I Abs. 2 genannte dreimonatige Mindestversicherungsdauer eines Elternteils.

(4) Sind beide Elternteile bei der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG versichert, darf die Absicherung des Neugeborenen nicht höher sein als diejenige des Elternteils mit dem umfassenderen Versicherungsschutz.

(5) Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung eines Neugeborenen oder Adoptivkindes ohne Wartezeit gemäß Teil I Abs. 2 bzw. Abs. 3 bzw. Teil II Abs. 3 erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

§ 3 Wartezeiten

Teil I

(1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.

(2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.

Sie entfällt

a) bei Unfällen;

b) für den Ehegatten oder den Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang) einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft beantragt wird.

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

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

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

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

Teil II

(1) Wird eine im Versicherungsantrag angezeigte Krankheit im Versicherungsschein nicht ausgeschlossen oder gegen Risikozuschlag mitversichert, dann besteht Anspruch auf Leistungen für die nach Ablauf der Wartezeit erforderliche Heilbehandlung.

(2) Sämtliche Wartezeiten können erlassen werden, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung für die ohne Wartezeiten zu versichernden Personen auf seine Kosten ärztliche Zeugnisse über ihren Gesundheitszustand vorlegt. Dies kann auch über ein Formblatt des Versicherers erfolgen. Gehen die Befundberichte nicht innerhalb dieser Frist ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsgemäßen Wartezeiten.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

Teil I

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

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

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

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

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

(6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso Erfolg versprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000,00 EUR überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

(8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

Teil II

(1) Es werden die Aufwendungen für medizinisch notwendige Heilbehandlungen mit den tariflichen Sätzen erstattet. Aufwendungen für ärztliche und zahnärztliche Leistungen sowie Leistungen von Heilpraktikern werden erstattet, wenn sie gemäß den jeweils gültigen Gebührenordnungen berechnet werden. Aufwendungen für Psychotherapie werden für höchstens 30 Behandlungen bzw. bei stationärem Krankenhausaufenthalt für 30 Behandlungstage je Kalenderjahr erstattet. Voraussetzung dafür ist, dass die Psychotherapie von einem in eigener Praxis tätigen approbierten psychologischen Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, oder von einem approbierten Arzt, mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse durchgeführt wird. In Ergänzung zu Teil I Abs. 4 hat die versicherte Person auch die freie Wahl unter den frei gemeinnützigen Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichend diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

a) *Ärztliche Leistungen*
Als ärztliche Leistungen gelten die nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) berechenbaren Leistungen. Dazu zählen auch Aufwendungen für Laserbehandlungen zur Sehschärfenkorrektur (z. B. LASEK, LASIK inkl. Vor- und Nachuntersuchungen). Zusätzlich zu den ärztlichen Leistungen wird Wegegeld bzw. Reiseentschädigung des nächsterreichbaren Arztes erstattet.

b) *Leistungen von Heilpraktikern*
Bei Inanspruchnahme von Heilpraktikern werden die Aufwendungen erstattet, soweit sie gemäß dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) berechnet werden und die Höchstsätze nicht überschreiten.

c) *Schutzimpfungen*
Erstattet werden Aufwendungen für Schutzimpfungen einschließlich Impfstoff gegen Diphtherie, Virus-Hepatitis B, Influenza (Virusgrippe), Keuchhusten, übertragbare Kinderlähmung, Masern, Mumps, Röteln, Tuberkulose, Wundstarrkrampf, Tollwut und Frühsommermeningo-Enzephalitis (Zeckenschutzimpfung).

d) *Arzneimittel*
Auch Verbandmaterial gilt als Arzneimittel. Als Arzneimittel gelten nicht Nährmittel und Stärkungspräparate, kosmetische Präparate und ähnliches, auch wenn sie vom Behandelnden verordnet sind und heilwirksame Stoffe enthalten; bestimmte medikamentenähnliche Nährmittel, die zwingend erforderlich sind, um schwere gesundheitliche Schäden, z. B. bei Enzymmangelkrankheiten, Morbus-Crohn und Mukoviszidose, zu vermeiden, gelten jedoch als Arzneimittel. Ist auf Grund einer medizinischen Indikation eine normale Nahrungsaufnahme nicht möglich, zählen Aufwendungen für verordnete Sondernahrung (enterale Ernährung) und Dauerinfusion (parenterale Ernährung) ebenfalls zu den Arzneimitteln.

e) *Heilmittel*
Als Heilmittel gelten die zur Beseitigung und Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen dienenden Aufwendungen und Behandlungen wie Inhalation, Krankengymnastik und Übungsbehandlungen, Ergotherapie, Logopädie, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie sowie Lichttherapie.

f) *Hilfsmittel*
Als Hilfsmittel gelten technische Mittel und Körperersatzstücke, die Behinderungen, Krankheits- oder Unfallfolgen mildern oder ausgleichen sowie lebenserhaltende Hilfsmittel, Behandlungs- und Kontrollgeräte. Dazu zählen die Aufwendungen für Anschaffung, Wiederbeschaffung, Reparatur und Wartung sowie Einweisung in den Gebrauch. Ebenfalls erstattungsfähig ist die Anschaffung eines Blindenführhundes einschließlich der erforderlichen Trainingsmaßnahmen. Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für sonstige Unterhalts- und Betriebskosten (z. B. Strom und Batterien) von Hilfsmitteln.

g) *Hausentbindung*
Bei Hausentbindungen werden die Hebammen- bzw. Entbindungspflegerkosten sowie Kosten für ärztliche Behandlung erstattet. Anstelle der Erstattung dieser Kosten kann die Zahlung einer Pauschale von 1.023,00 EUR (2.000,00 DM) gewählt werden.

h) *Künstliche Befruchtung*
Erstattet werden 100 % der Aufwendungen für maximal vier Versuche je reproduktionsmedizinischem Verfahren (z. B. Insemination nach hormoneller Stimulation, In-Vitro-Fertilisation oder In-Vitro-Fertilisation mit Intracytoplasmatischer Spermieninjektion) sowie für in diesem Zusammenhang verordnete Arzneimittel.

Voraussetzungen für die Erstattung sind:
- *das Vorliegen einer organisch bedingten Sterilität der versicherten Person,*
- *dass nach fachärztlich gynäkologischer Feststellung eine hinreichende Erfolgswahrscheinlichkeit der Herbeiführung einer Schwangerschaft besteht und*
- *dass die zu behandelnde weibliche Person das 41. Lebensjahr bei Beginn der Behandlung noch nicht überschritten hat.*

Besteht ein Anspruch des bei dem Versicherer nicht versicherten Partners auf Leistungen für reproduktionsmedizinische Verfahren bei einer Krankenkasse im Sinne des Sozialgesetzbuches, einem sonstigen Leistungsträger oder einem anderen Unternehmen der Privaten Krankenversicherung, so werden nur die Aufwendungen tariflich erstattet, die nach Vorleistung eines dieser Leistungsträger verbleiben.

i) *Transport- und Fahrtkosten*
Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für Transporte und Fahrten

- *zur ambulanten Notfallbehandlung,*
- *bei ambulanter Dialyse,*
- *bei Strahlentherapie bei Krebserkrankungen und Chemotherapie*
  sowie
- *bei ärztlich bescheinigter Gehunfähigkeit zum und vom nächstgelegenen Arzt, Physiotherapeuten oder geeigneten Krankenhaus.*
- *bei stationsersetzenden ambulanten Operationen am Tag der Operation*

zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus. Bei einer Entfernung von bis zu 30 km sind in den oben genannten Fällen auch die Aufwendungen für Transporte und Fahrten zu einem anderen als dem nächstgelegen geeigneten Arzt, Physiotherapeuten oder Krankenhaus erstattungsfähig.

Für medizinisch notwendige Transporte werden 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen ersetzt. Transporte sind solche im Rettungswagen, Rettungshubschrauber oder durch ein Transportunternehmen mit medizinisch notwendiger Begleitung von medizinischem Personal.

Für medizinisch notwendige Fahrten werden 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen, jedoch für die Hin- und Rückfahrt insgesamt maximal 100,00 EUR ersetzt. Bei Fahrten im privaten Fahrzeug werden als erstattungsfähiger Betrag 0,30 EUR pro gefahrenen Kilometer zugrunde gelegt. Eine Fahrt liegt vor bei Benutzung von Taxis, öffentlichen Verkehrsmitteln oder des privaten Fahrzeugs.

j) *Häusliche Behandlungspflege*
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ambulante häusliche Behandlungspflege. Behandlungspflege umfasst krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen oder spezifische Hilfeleistungen,

- *die dazu beitragen sollen, die ärztlichen Behandlungsziele zu erreichen*
- *die in die ärztliche Behandlung eingebunden sind, ohne vom Arzt vorgenommen werden zu müssen, und*
- *die Bestandteil eines ärztlichen Behandlungsplans sind und vom Arzt verantwortet werden*

Ersetzt die häusliche Behandlungspflege eine stationäre Heilbehandlung, sind zusätzlich die Aufwendungen für Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung für bis zu 4 Wochen je Versicherungsfall erstattungsfähig.

Voraussetzung ist, dass der Leistungserbringer (z. B. ambulanter Pflegedienst, Sozialstation) einen Vertrag nach § 132a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V, siehe Anhang) geschlossen hat.

Die Aufwendungen sind pro versicherte Person maximal bis zu dem Betrag erstattungsfähig, den der Leistungserbringer nach seiner Vergütungsvereinbarung nach § 132a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V, siehe Anhang) verlangen kann.

k) *Allgemeine Krankenhausleistungen und ambulant durchgeführte Operationen*
Allgemeine Krankenhausleistungen sind der allgemeine Pflegesatz, die besonderen Pflegesätze und die Sonderentgelte im Rahmen einer stationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären Behandlung. Als allgemeine Krankenhausleistungen gelten, wenn keine gesondert berechenbare Unterkunft in Anspruch genommen wird, auch gesondert berechnete Leistungen eines Belegarztes, ferner gesondert berechnete Leistungen einer Beleghebamme bzw. eines Belegentbindungspflegers.

Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen auch medizinisch notwendige Transportkosten zum und vom nächstgelegenen für die Heilbehandlung geeigneten Krankenhaus in der Bundesrepublik Deutschland sowie die Mehraufwendungen für den medizinisch notwendigen und ärztlich verordneten Rücktransport eines erkrankten Versicherten aus dem Ausland an seinen ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland, sofern eine ausreichende ärztliche Versorgung im Ausland nicht sichergestellt ist. Soweit medizinische Gründe nicht entgegenstehen, ist bei Rücktransporten aus dem Ausland das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen.
Den Allgemeinen Krankenhausleistungen sind Aufwendungen für ambulant durchgeführte Operationen, die in Abschnitt C VIII Nr. 3 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aufgeführt sind, gleichgestellt. Zu den erstattungsfähigen Aufwendungen gehören der operative Eingriff (ohne physikalische Therapiekosten), die Anästhesie und die pathologische Untersuchung des Operationspräparates.

l) Wahlleistungen
Als Wahlleistungen gelten gesondert berechenbare Unterkunft (einschließlich der Kosten eines Telefonanschlusses und der vom Krankenhaus angebotenen besonderen Verpflegung) sowie gesondert berechenbare ärztliche Leistungen (gesondert vereinbarte privatärztliche Behandlung).

m) Schwangerschaft und Entbindung
Für Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und für die Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim werden die für Krankheiten vorgesehenen Leistungen gewährt. Die Aufwendungen für die Unterbringung und Verpflegung des gesunden Neugeborenen sind bei Nachversicherung gemäß § 2 Teil I Absatz 2 eingeschlossen.

n) Zahnbehandlung
Als Zahnbehandlung gelten allgemeine zahnärztliche Leistungen, prophylaktische, konservierende und chirurgische Leistungen, ferner Behandlungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums. Aufwendungen für zahnprophylaktische Leistungen werden einmal pro Kalenderjahr erstattet.

o) Zahnersatz, Kieferorthopädie
Als Zahnersatz gelten prothetische und implantologische Leistungen, Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen, Versorgung mit Kronen jeder Art sowie funktionsanalytische und -therapeutische Leistungen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden Vor- und Nachbehandlungen.
Für kieferorthopädische Leistungen gelten die Erstattungssätze für Zahnersatz.

p) Palliativversorgung
Für substitutive Krankenversicherungsverträge gilt:
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für ärztlich verordnete spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV), die darauf abzielt, die Betreuung der versicherten Person in der vertrauten häuslichen Umgebung oder in dem familiären Bereich zu ermöglichen, wenn

- *die versicherte Person an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung leidet,*
- *eine begrenzte Lebenserwartung von Wochen oder wenigen Monaten - bei Kindern auch Jahren - zu erwarten ist, und*
- *eine besonders aufwändige Versorgung notwendig ist.*

Als häusliche Umgebung gelten hierbei auch Altersheime und stationäre Pflegeeinrichtungen.
Erstattungsfähig sind Aufwendungen durch Ärzte und durch Fachkräfte für spezialisierte ambulante Palliativversorgung.
Kann eine ambulante Versorgung im Haushalt oder der Familie der versicherten Person bzw. eine Versorgung in einer Pflegeeinrichtung nicht mehr angemessen erbracht werden, so sind die Aufwendungen für eine ärztlich vorordnete, notwendige stationäre oder teilstationäre Versorgung in einem Hospiz, in dem palliativ-medizinische Behandlung erbracht wird, ebenfalls erstattungsfähig.
Die erstattungsfähigen Aufwendungen für ambulante, stationäre oder teilstationäre Versorgung werden nach Abzug anderweitiger Leistungsansprüche, z. B. aus der privaten Pflegeversicherung, bis zu der Höhe erstattet, die für die Versorgung eines Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufzuwenden wäre.

q) Digitale Gesundheitsanwendungen
Für substitutive Krankenversicherungsverträge gilt:
Erstattet werden 100 % der erstattungsfähigen Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen.
Erstattungsfähig sind Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die

- *vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V aufgenommen wurden und*
- *durch einen in § 4 Teil I Absatz 2 oder § 4 Teil II Absatz 1 aufgeführten Leistungserbringer verordnet wurden.*

Der Anspruch umfasst ausschließlich die Aufwendungen für den Erwerb der Nutzungsrechte an der Software. Nicht umfasst sind Aufwendungen im Zusammenhang mit der Nutzung der digitalen Gesundheitsanwendungen, insbesondere für die Anschaffung und den Betrieb mobiler Endgeräte oder PCs einschließlich Internet-, Strom- und Batteriekosten.

(2) In der Krankenhaustagegeld-Versicherung wird für jeden vollen Tag einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung und einer Entbindung im Krankenhaus oder Entbindungsheim ohne Kostennachweis und ohne zeitliche Begrenzung das versicherte Krankenhaustagegeld gezahlt. Dabei werden Aufnahme- und Entlassungstag je als ein voller Tag gewertet. Als Krankenhäuser im Sinne von Teil I Absatz 4 gelten hierbei auch Bundeswehrkrankenhäuser. Bei einem stationären Krankenhausaufenthalt aufgrund psychotherapeutischer Behandlung wird das versicherte Krankenhaustagegeld für maximal 30 Tage je Kalenderjahr gezahlt.

(3) Beitragsrückerstattung

a) Zur Beitragsrückerstattung werden die in der Bilanz hierfür zurückgestellten Mittel verwendet. Für die Bildung dieser Rückstellung, die Festlegung der berechtigten Tarife und die Höhe einer Ausschüttung durch Auszahlung oder Gutschrift sind die Grundsätze des Versicherungsaufsichtsgesetzes und die dazu erlassenen Rechtsverordnungen maßgebend, deren Einhaltung von der Aufsichtsbehörde überwacht wird.

b) Wird für die festgelegten Tarife eine Beitragsrückerstattung eingeräumt, so sind alle Personen teilnahmeberechtigt, die während des ganzen abgelaufenen Geschäftsjahres (Kalenderjahres) nach diesen Tarifen versichert waren, für das abgelaufene Kalenderjahr Leistungen nicht erhalten haben und am 30. Juni des Folgejahres nach diesen Tarifen ohne Beitragsrückstand noch versichert sind. Die Teilnahmeberechtigung bleibt auch dann erhalten, wenn die Versicherung vor dem 30. Juni des Folgejahres durch Tod oder Eintritt der Pflichtversicherung endet.
Eine Beitragsrückerstattung und deren Höhe kann jedoch davon abhängig gemacht werden, dass die vorgenannten Voraussetzungen oder Teile davon für mehrere aufeinander folgende Kalenderjahre erfüllt sind.
Die Anwartschaftsversicherung nimmt an der Beitragsrückerstattung nicht teil.

c) Die Auszahlung oder Gutschrift der Beitragsrückerstattung wird nach dem 30. Juni des Folgejahres vorgenommen.

d) Die ausschließliche Verwendung der in der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung angesammelten Beträge zugunsten der Versicherten kann auch geschehen durch Leistungserhöhung, Beitragssenkung oder Verwendung als Einmalbeitrag zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen sowie in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstandes. In diesen Fällen bestimmt der Vorstand den jeweils zu verwendenden Betrag, die Art, die teilnahmeberechtigten Personen und den Zeitpunkt der Verwendung.

e) Die Beteiligung der Versicherten an den Überschüssen erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und der dazu erlassenen Rechtsverordnungen.

(4) In Erweiterung von Teil I Absatz 2 steht der versicherten Person die Wahl unter den in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei, soweit sie ihre Rechnungen nach der Gebührenordnung für Ärzte bzw. der Gebührenordnung für Zahnärzte erstellen.

(5) In Erweiterung von Teil I Absatz 3 können Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel auch von in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen approbierten Ärzten und Zahnärzten verordnet werden.

(6) Die Absätze 4 und 5 gelten entsprechend für psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, die in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätig sind.

(7) Der Versicherer kann sich bei einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung in den in Teil I Absatz 5 näher bezeichneten Krankenanstalten nicht auf eine fehlende Leistungszusage berufen, wenn die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthalts des Versicherten war, oder die Einlieferung aufgrund eines akuten Anlasses erfolgte.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

Teil I

(1) Keine Leistungspflicht besteht

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

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

c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;

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

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

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

g) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

(2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.

(4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

Teil II

(1) Teil I Absatz 1 b) bezieht sich nicht auf medizinisch notwendige Entgiftungsmaßnahmen.

(2) Teil I Absatz 1 c), gilt entsprechend für Krankenhausambulanzen oder medizinische Versorgungszentren, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat.

(3) In Abänderung von Teil I Absatz 1 d) werden bei einer ambulanten Kurbehandlung bis zur Dauer von vier Wochen die Aufwendungen für ärztliche Behandlung, Kurplan, Arzneien, Kurmittel, physikalische Therapie und Kurtaxe mit den tariflichen Sätzen erstattet. Ein erneuter Leistungsanspruch entsteht erst nach dem Ablauf von 36 Monaten. Aufwendungen für Rehabilitationsmaßnahmen werden erstattet, sofern es sich um sog. Anschlussheilbehandlungen (AHB) bei schweren Erkrankungen aus den Bereichen Kardiologie, Orthopädie, Neurologie, Onkologie (Krebserkrankung), Angiologie (Gefäßerkrankungen), Rheumatologie, Gastroenterologie, Endokrinologie (Hormonerkrankungen) oder Gynäkologie handelt und die AHB innerhalb von 28 Tagen nach einer stationären Krankenhausbehandlung beginnt. Die Frist gilt nicht, wenn der Beginn einer AHB aus medizinischen Gründen (z. B. nach Strahlentherapie nach einer Tumorbehandlung) früher nicht möglich ist.

Ist ein anderer Kostenträger (z. B. Deutsche Rentenversicherung, Berufsgenossenschaft) vorhanden, sind gegebenenfalls nur Eigenbehalte erstattungsfähig.

(4) Die Leistungseinschränkung nach Teil I Absatz 1 e) entfällt.

(5) Die Leistungseinschränkung nach Teil I, Absatz 1 a) gilt außerhalb der Bundesrepublik Deutschland nur, wenn vor Antritt der Auslandsreise das Auswärtige Amt für das betroffene Land eine Reisewarnung ausgesprochen hat. Wird die Reisewarnung erst nach Antritt der Auslandsreise ausgesprochen, besteht solange Versicherungsschutz, bis eine Ausreise aus dem Kriegsgebiet möglich ist.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

Teil I

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.

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

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

(6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden.

Teil II

(1) Rechnungen sind im Original einzureichen. Sie müssen den einschlägigen Rechtsvorschriften entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten: Namen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Art der Leistungen sowie das jeweilige Behandlungsdatum. Wenn nur Krankenhaustagegeld gezahlt wird, ist als Nachweis eine Bescheinigung über die stationäre Heilbehandlung einzureichen, die den Namen der behandelten Person, die Bezeichnung der Krankheit, das Aufnahme- und das Entlassungsdatum sowie Angaben über eventuelle Beurlaubungstage enthält. Der Nachweis ist nach Beendigung der stationären Behandlung alsbald zu führen, bei längerem Krankenhausaufenthalt können Zwischennachweise vorgelegt werden.

(2) Rechnungen sind, möglichst gesammelt je Krankheitsfall, nach beendeter Behandlung alsbald einzureichen, Rechnungen für Behandlungen aus dem letzten Kalenderjahr möglichst bis zum 30. Juni des Folgejahres.

(3) In Bezug auf Teil I Absatz 4 gilt als Kurs des Tages der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs gemäß "Devisenkursstatistik", Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main, nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, die versicherte Person weist, insbesondere durch Bankbeleg, nach, dass sie die zur Bezahlung der Rechnung notwendigen Devisen zu einem ungünstigeren Kurs erworben hat.

(4) Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person ein Inlandskonto benennt, auf das die Beträge überwiesen werden können.

(5) Übersetzungskosten werden nicht erhoben.

(6) Ist ein Krankenhausausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot nach Teil I Absatz 6 insoweit nicht.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Teil I

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

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

Teil I

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

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

(3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskosten-Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG - siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.

(4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nicht anders vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen.

(5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskosten-Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG - siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

(7) Bei anderen als den in Absatz 6 genannten Versicherungen kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

(8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

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

Teil II

(1) Nach Ablauf des Monats, in dem das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollendet wird, ist der im Tarif für die nächsthöhere Altersstufe vorgesehene Beitrag zu entrichten.

(2) Bei der Versicherung von Neugeborenen gemäß § 2 Teil I Absatz 2 bzw. der Versicherung von Adoptivkindern gemäß § 2 Teil I Absatz 3 ist der Beitrag von dem auf die Geburt bzw. die Adoption folgenden Monat an zu entrichten.

(3) Der Versicherer erhebt gemäß Teil I Absatz 2 Monatsbeiträge. Bei nicht monatlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von

1 % bei vierteljährlicher Zahlung
2 % bei halbjährlicher Zahlung
4 % bei Jahreszahlung gewährt.

(4) Abweichend von Teil I Absatz 4 ist der erste Beitrag unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, jedoch nicht vor dem Tag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns.

(5) Für jede Mahnung werden Mahnkosten erhoben.

§ 8 a Beitragsberechnung

Teil I

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

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

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

Teil II

Bei einer Änderung der Beiträge bzw. des Versicherungsschutzes (Tarifwechsel) erfolgt eine, in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegte, Anrechnung der Alterungsrückstellung gemäß Teil I Absatz 2 innerhalb der Tarife der Krankheitskosten-Versicherung bzw. innerhalb der Tarife der Krankenhaustagegeld-Versicherung. Dabei wird ein Umstellungsrabatt auf den Tarifbeitrag des bei Inkrafttreten der Änderung erreichten Lebensalters eingeräumt.

§ 8 b Beitragsanpassung

Teil I

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Absatz 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.

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

Teil II

Der in Teil I Absatz 1 genannte Vomhundertsatz beträgt 10 % bei dem Vergleich der Versicherungsleistungen sowie 5 % bei dem Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeiten.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I

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

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Absatz 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfanges erforderlich ist.

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

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

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

(6) Eine weitere Krankenhaustagegeld-Versicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

Teil II

Bei Krankheitskosten-Versicherungen wird auf die Meldung einer Krankenhausbehandlung (Teil I Absatz 1) verzichtet.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

Teil I

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

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

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

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

Teil I

(1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

(2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.

(3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

(4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Teil I

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

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Teil I

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

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

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

(4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.

(5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

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

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

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

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

(10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

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

Teil II

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, bei einer Kündigung aufgrund des Eintritts der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht rückwirkend zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht, eine Umwandlung der Krankheitskosten-Vollversicherung in eine Zusatzversicherung für gesetzlich krankenversicherte Personen zu beantragen. Für die Höhe der Beiträge ist dann das zum Umstellungszeitpunkt erreichte Alter maßgebend. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlage angerechnet. Soweit der Leistungsumfang der Zusatzversicherung - auch in Teilbereichen - nicht höher oder umfassender als der der zuvor bestehenden Krankheitskosten-Vollversicherung ist, wird die Umstellung ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne Wartezeiten vorgenommen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

Teil I

(1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskosten-Versicherung (§ 193 Absatz 3 VVG - siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskosten-Versicherung gemäß § 195 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeld-Versicherung, die neben einer Krankheitskosten-Vollversicherung besteht.

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

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

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

(5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Absatz 7 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Teil II

(1) Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrages obliegenden Anzeigepflicht gemäß § 19 i. V. m. den §§ 21 und 194 Absatz 1 Sätze 3 und 4 VVG (siehe Anhang) kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung drei Jahre verstrichen sind. Die Frist beläuft sich auf zehn Jahre, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

(2) Der Versicherer verzichtet auch bei einer Krankheitskosten-Teilversicherung auf das ordentliche Kündigungsrecht gemäß Teil I Absatz 2.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Teil I

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

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

(3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Teil II

Ein getrennt lebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener kann seinen Vertragsteil als selbstständige Versicherung fortsetzen. Die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit müssen erfüllt sein. Entsprechendes gilt für den getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

Teil I

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich des Versicherungsvertragsgesetzes oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Teil I

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

Teil I

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

(2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

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

§ 21 Sonstiges

Teil II

Auszüge aus den in den §§ 1 bis 20 erwähnten Gesetzen, die insbesondere die in den Teilen I und II erwähnten Bestimmungen enthalten, sind dem Bedingungstext als Anhang beigefügt.

ANHANG

Information für den Versicherungsnehmer

Soweit nicht in den AVB Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG), das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG), das Sozialgesetzbuch (SGB) und das Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG). Die für den Versicherungsnehmer wichtigsten Bestimmungen sind in diesem Anhang abgedruckt. Er enthält Auszüge aus folgenden Gesetzen:

Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)
Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)
Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)
Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG)

Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfanges der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlung in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Absatz 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Fall eines Rücktrittes nach § 19 Absatz 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Absatz 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss: dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grobe Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend vom Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

(1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

(1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens 2 Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beiträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beiträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden

ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

(1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.

(2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

(3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskosten-Versicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000,00 EUR begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000,00 EUR. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder

2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder

3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder

4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten, Sechsten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskosten-Versicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften

(1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden. § 19 Absatz 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Absatz 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.

§ 195 Versicherungsdauer

(1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

(2) Bei Ausbildungs-, Auslands-, Reise- und Restschuldkrankenversicherungen können Vertragslaufzeiten vereinbart werden.

(3) Bei der Krankenversicherung einer Person mit befristetem Aufenthaltstitel für das Inland kann vereinbart werden, dass sie spätestens nach fünf Jahren endet. Ist eine kürzere Laufzeit vereinbart, kann ein gleichartiger neuer Vertrag nur mit einer Höchstlaufzeit geschlossen werden, die unter Einschluss der Laufzeit des abgelaufenen Vertrags fünf Jahre nicht überschreitet; dies gilt auch, wenn der neue Vertrag mit einem anderen Versicherer geschlossen wird.

Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 146 Substitutive Krankenversicherung, Abs. 1 Nr. 5

(1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 6 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei

5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts des Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152, Abs. 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 153 Notlagentarif

(1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendungserstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.

(2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 % der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V)

§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

(1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abzugeben; für Pflegedienste, die einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenempfehlungen gemeinsam mit den übrigen Partnern der Rahmenempfehlungen auch von der Kirche oder der Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Einrichtung angehört. Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Kran-

kenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:

1. Inhalte der häuslichen Krankenpflege einschließlich deren Abgrenzung,
2. Eignung der Leistungserbringer,
3. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
4. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus,
5. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung,
6. Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen und
7. Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke jeweils zu übermittelnden Daten.

Die Rahmenempfehlungen nach Satz 4 sind bis zum 1. Juli 2013 abzugeben. In den Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 7 können auch Regelungen über die nach § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 in Richtlinien geregelten Inhalte getroffen werden; in diesem Fall gilt § 302 Absatz 4.

(2) Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. In den Verträgen ist zu regeln, dass im Falle von Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege geeignete Personen anstellen.

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte, Abs. 2a (in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung)

(2a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen

2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Abs. 7 nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,

2a. sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,

2b. sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung)

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;

2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;

3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;

4. wenn sich die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann kein Antrag auf Begründung der Lebenspartnerschaft gestellt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.