

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil I

Rahmenbedingungen 2012 für die Krankheitskostenzusatzversicherung

Stand: 01.09.2016

Der Versicherungsschutz

§ 1

Gegenstand und Umfang des Versicherungsschutzes

- (1) Die INTER Krankenversicherung AG (INTER) bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Sie erbringt im Versicherungsfall die tarifliche Leistung.
- (2) Der Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Er beginnt mit der Heilbehandlung und 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, entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfälle gelten auch
 - a) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten,
 - b) Untersuchungen und medizinisch notwendige Behandlungen wegen Schwangerschaft und die Entbindung.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus den gesetzlichen Vorschriften, dem Versicherungsschein, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) sowie sonstigen Vereinbarungen.
Der Versicherungsvertrag unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit im Zieltarif erfüllt und die Beiträge für den Zieltarif geschlechtsunabhängig kalkuliert werden. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Risiko (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann die INTER bei Vorliegen eines erhöhten Risikos für die Mehrleistungen einen Leistungsausschluss oder einen Risikozuschlag (§ 8 Abs. 3 und 4) und insoweit auch eine Wartezeit (§ 3 Abs. 5 und 6) verlangen. Der Versicherungsnehmer kann den Risikozuschlag abwenden, indem er stattdessen für die höheren oder umfassenderen Leistungen einen Leistungsausschluss wählt.
- (5) Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
Bei Vergiftungen durch ausströmende gasförmige Stoffe wird der Begriff der Plötzlichkeit des Unfallereignisses auch dann angenommen, wenn die versicherte Person den Einwirkungen mehrere Stunden lang ausgesetzt war.
Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei dem Bemühen um Rettung von Menschen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten.
Als Unfall gelten auch
 - tauchertypische Erkrankungen,
 - durch erhöhte Kraftanstrengung verursachte Bauch- oder Unterleibsbrüche sowie
 - durch erhöhte Kraftanstrengung verursachte Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule, wenn ein Gelenk verrenkt wird oder Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.Infektionen gelten nur dann als Unfallfolgen, wenn die Krankheitserreger
 - durch eine nicht nur geringfügige Unfallverletzung oder
 - aufgrund einer unfallbedingten Heilmaßnahme oder eines unfallbedingten Eingriffsin den Körper gelangten.

Nicht als Unfallfolge gelten

- Schäden an Bandscheiben, Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, es sei denn, dass ein Unfallereignis die überwiegende Ursache ist,
- Gesundheitsschäden durch Strahlen, es sei denn, dass diese durch eine unfallbedingte strahlendiagnostische oder -therapeutische Maßnahme verursacht wurden,

- Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person, es sei denn, dass diese durch einen Unfall veranlasst waren sowie
- krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

§ 2

Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Deutschland und den anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR-Vertragsstaaten). Er kann durch Vereinbarung auf andere Länder ausgedehnt werden.

Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes außerhalb des Gebiets der EWR-Vertragsstaaten besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Kann die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht bis zum Ablauf dieses Monats zurückreisen, besteht Versicherungsschutz bis zu dem Tag, an dem die Rückreise möglich ist.

- (2) Ausland sind alle Gebiete außerhalb Deutschlands.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen EWR-Vertragsstaat, ist die INTER höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet, die sie bei einem Aufenthalt in Deutschland zu erbringen hätte. Der Versicherungsnehmer kann gegen Zahlung eines Beitragszuschlags den vollen tariflichen Leistungsumfang beibehalten, wenn dies innerhalb von zwei Monaten nach Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen EWR-Vertragsstaat beantragt wird.
- (4) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb des Gebiets der EWR-Vertragsstaaten, erlischt deren Versicherungsschutz, sofern nicht eine anderweitige Vereinbarung

getroffen wird.

- (5) Als Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts gilt der Ablauf des sechsten Monats des Aufenthalts im Ausland. Aufenthalte, die mit einer Unterbrechung von weniger als zwei Monaten aufeinander folgen, werden hierbei zusammengezählt.

Kann die versicherte Person aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, nicht bis zum Ablauf von sechs Monaten nach Beginn des Aufenthalts im Ausland zurückreisen, gilt als Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts der Tag, an dem die Rückreise möglich ist.

Ein Beitragszuschlag nach Absatz 3 ist ab dem Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts zu zahlen.

- (6) Bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes ins Ausland kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umgestellt wird. Erfolgt dies innerhalb von drei Monaten nach der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts, wirkt die Vertragsumstellung ab dem Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts. Wird der Antrag zu einem späteren Zeitpunkt gestellt, wirkt die Umstellung in eine Anwartschaftsversicherung zum Ersten des Folgemonats.
- (7) Für die Schweiz gilt die Regelung bzgl. der EWR-Vertragsstaaten analog.

§ 3

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes / Wartezeiten

Beginn und Ende des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmearklärung), der Zahlung des ersten Beitrags bzw. der ersten Beitragsrate entsprechend den im Versicherungsschein genannten Hinweisen und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

Nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Beginn des Versicherungsschutzes fällt.

Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 - mit Ausnahme der Erstbeitragszahlung - für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

- (2) Besteht bei der INTER am Tag der Geburt für mindestens einen Elternteil eine Krankenversicherung, ist die INTER verpflichtet, dessen neugeborenes Kind ab Vollendung der Geburt ohne Risikozuschläge und Wartezeiten zu versichern, wenn die Anmeldung zur

Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tag der Geburt rückwirkend zum Tag der Geburt erfolgt. Diese Verpflichtung besteht nur insoweit, als der beantragte Versicherungsschutz des Neugeborenen nicht höher und nicht umfassender als der des versicherten Elternteils ist.

- (3) Bei Adoption eines minderjährigen Kindes ist mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig. Ansonsten gilt für eine solche Adoption Absatz 2 entsprechend.
- (4) Der Versicherungsschutz endet - auch für schwere Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Wartezeiten

- (5) Bei Abschluss einer Krankheitskostenversicherung wird auf die Einhaltung sämtlicher Wartezeiten verzichtet.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes einer versicherten Person folgende Wartezeitregelungen:
 - a) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
 - b) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Erkrankungen des psychischen oder psychiatrischen Formenkreises, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
 - c) Die Wartezeiten rechnen von dem Zeitpunkt an, zu dem die Vertragsänderung wirksam wird.
 - d) Die Wartezeiten entfallen für unfallbedingte Aufwendungen.

§ 4

Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem vereinbarten Tarif (Teil II AVB). Die Absätze 3 bis 9 gelten insoweit, als die jeweiligen Leistungen Bestandteil der tariflichen Leistungszusage sind.

- (2) Leistungsjahr

Das Leistungsjahr ist das Kalenderjahr.

Für die Feststellung, welchem Leistungsjahr die Heilbehandlungskosten zugeordnet werden, ist das Behandlungsdatum bzw. das Kaufdatum der Arznei- und Hilfsmittel maßgebend.

- (3) Leistungserbringer

Folgende Leistungserbringer können in Anspruch genommen werden:

- niedergelassene approbierte Ärzte und Zahnärzte,
- approbierte Ärzte und Zahnärzte in Krankenhausambulanzen,
- approbierte Ärzte und Zahnärzte, die in einem auch zur Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig sind,
- Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes,
- approbierte psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in eigener Praxis,
- staatlich geprüfte Angehörige von Gesundheitsfachberufen (z.B. Physiotherapeuten, Logopäden, Hebammen).

Bei Heilbehandlung im Ausland können die im jeweiligen Land für die Heilbehandlung zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch genommen werden.

- (4) Abrechnungsgrundlagen für Gebühren und Entgelte

Ärztliche und zahnärztliche Leistungen sind erstattungsfähig, soweit sie nach den jeweils gültigen Gebührenordnungen für Ärzte (GOÄ) bzw. Zahnärzte (GOZ) berechnungsfähig sind.

Psychotherapeutische Leistungen durch psychologische Psychotherapeuten werden nach der jeweils gültigen Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP) erstattet.

Leistungen von Hebammen und Entbindungspflegern sind erstattungsfähig, soweit sie nach dem Vertrag über die Versorgung mit Hebammenleistungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen berechnet sind.

Die Kosten für Heilmittel sind bis zu den nach der Bundesbeihilfeverordnung (BBhV) beihilfefähigen Höchstbeträgen erstattungsfähig.

Bei Heilbehandlung im Ausland sind die tariflich vorgesehenen Leistungen erstattungsfähig, soweit die Berechnung nach den dort geltenden Abrechnungsbestimmungen erfolgt.

- (5) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel

Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Absatz 3 genannten und zur Verordnung berechtigten Leistungserbringern verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden. Der Bezug ist auch aus einer Internet- oder Versandapotheke möglich, sofern für diese eine behördliche Erlaubnis zum Versandhandel in Deutschland vorliegt.

- (6) Freie Krankenhauswahl

Die versicherte Person hat bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung freie Wahl unter den

öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen, sowie Bundeswehrkrankenhäusern.

Hinsichtlich der Erstattung von allgemeinen Krankenhausleistungen kann der Tarif (Teil II AVB) Einschränkungen der freien Krankenhauswahl vorsehen.

(7) Anschlussrehabilitation

Aufwendungen für die medizinisch notwendige stationäre Weiterbehandlung nach einem Aufenthalt im Akutkrankenhaus (Anschlussrehabilitation) sind erstattungsfähig, soweit anderweitig kein Anspruch geltend gemacht werden kann. Voraussetzung ist, dass die Anschlussrehabilitation spätestens 14 Tage nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus beginnt.

(8) Gemischte Anstalten

Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlungen durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen (gemischte Anstalt), im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 6 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn die INTER diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat.

Eine vorherige schriftliche Leistungszusage ist nicht erforderlich, wenn

- zu einer unverzüglich medizinisch notwendigen Notfallbehandlung einzig eine gemischte Anstalt zur Verfügung steht oder
- eine medizinisch notwendige Heilbehandlung nur in einer gemischten Anstalt angeboten wird und diese Behandlung als einzig erfolversprechende Behandlung angesehen werden muss oder
- eine medizinisch notwendige Anschlussrehabilitation durchgeführt wird.

(9) Alternativmedizinische Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

Die INTER leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Sie leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; die INTER kann jedoch ihre Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

Sieht der Tarif eine Leistung für die Inanspruchnahme von Heilpraktikern oder ärztlichen Leistungen nach dem Hufelandverzeichnis vor, gelten Satz 1 und 2 insoweit nicht.

§ 5

Einschränkung der Leistungspflicht

(1) Keine Leistungspflicht besteht

- a) für Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen, die durch Kriegsereignisse in Deutschland verursacht sind. Gleiches gilt für Gebiete, für die bei Eintritt der Krankheit bzw. des Unfalls eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes bestand.

Diese Leistungseinschränkung entfällt, wenn

- bei der Einreise noch keine Reisewarnung für das Aufenthaltsgebiet bestand und
 - die versicherte Person sich an dem Tag, an welchem eine Reisewarnung ausgesprochen wurde, in dem betroffenen Gebiet befand und bis zum Eintritt der Krankheit bzw. des Unfalls aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen dieses Gebiets gehindert war.
- b) für Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen, die als Wehrdienstbeschädigung anerkannt sind.
- c) für Krankheiten einschließlich deren Folgen, die die versicherte Person vorsätzlich bei sich selbst herbeigeführt hat.
- d) für Entziehungsmaßnahmen,
- e) für Behandlungen durch Ärzte, Zahnärzte, Heil-

praktiker, approbierte psychologische Psychotherapeuten sowie weitere Leistungserbringer und in Krankenanstalten, deren Rechnungen die INTER aus wichtigem Grund 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.

- f) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen mit Ausnahme einer Anschlussrehabilitation nach § 4 Abs. 7, soweit der Tarif nichts anderes vorsieht.
- g) für Behandlungen durch Ehegatten bzw. Lebenspartner nach § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz (siehe Anhang), Lebensgefährten, mit dem der Versicherte in häuslicher Gemeinschaft lebt, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet.
- h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- i) für medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft (künstliche Befruchtung).

- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, kann die INTER ihre Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Entgelte für Heilbehandlungen oder sonstige Maßnahmen, für die Leistungen vereinbart sind, dürfen nicht in einem unangemessenen Verhältnis zu den erbrachten medizinischen Leistungen stehen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem unangemessenen Verhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist die INTER berechtigt, die Leistung auf den angemessenen Betrag zu reduzieren.
- (3) Besteht Anspruch auf Leistungen eines gesetzlichen Kostenträgers (z.B. der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung), ist die INTER nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, für welche über die gesetzlichen Leistungen hinaus ein Tarifanspruch besteht.
- (4) Selbstbehalte in Wahlтарifen der GKV nach § 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) werden nicht ersetzt.

§ 6

Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Die INTER ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihr geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum der INTER.
- Kostenbelege sind im Original einzureichen und müssen enthalten:
- Name der behandelten Person,
 - Krankheitsbezeichnung und
 - Angabe der einzelnen Leistungen mit den jeweiligen Daten und den Nummern der angewendeten Gebührenordnung.
- Bei Arznei- und Verbandmitteln müssen die Verordnungen mit dem Ausstellungsdatum, dem Namen der behandelten Person und dem Bezugsdatum versehen sein. Die Verordnungen sind zusammen mit den Behandlungskostenrechnungen vorzulegen. In begründeten Ausnahmefällen genügt es, wenn der Leistungserbringer die Krankheitsbezeichnung auf den Rezepten vermerkt.
- (2) Die Höhe der von einem anderen Versicherer oder Kostenträger erbrachten Leistungen muss von diesem auf den betreffenden Rechnungsbelegen bestätigt sein.
- Erbringt die GKV nur deswegen Leistungen nicht, weil ein Selbstbehalt nach § 53 SGB V vereinbart wurde, muss dies auf den jeweiligen Kostenbelegen angegeben sein.
- (3) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen der INTER aus § 14 Abs. 1 und 2 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) (siehe Anhang).
- (4) Die Versicherungsleistung kann nur der Versicherungsnehmer verlangen, es sei denn, er hat die versicherte Person gegenüber der INTER in Textform als Empfangsberechtigten der Leistung benannt. In diesen Fällen ist die INTER verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten.
- (5) Die in ausländischer Währung entstandenen Aufwendungen werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei der INTER eingehen, in Euro umgerechnet. Als Kurs des Tages gilt der offizielle Euro-Wechselkurs der Europäischen Zentralbank. Für nicht gehandelte Währungen, für die keine Referenzkurse festgelegt werden, gilt der Kurs laut "Devisenkursstatistik" (Veröffentlichungen der Deutschen Bundesbank, Frankfurt/Main) nach jeweils neuestem Stand, es sei denn, dass die zur Bezahlung der Rechnungen notwendigen Devisen nachweislich zu einem ungünstigeren Kurs erworben wurden.
- (6) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen auf ein Konto außerhalb Deutschlands und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (7) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Ist ein Versicherungsausweis ausgegeben worden, gilt das Abtretungsverbot nach Satz 1 hinsichtlich der Erstattung der Kosten einer Krankenhausbehandlung insoweit nicht.
- (8) Der Versicherungsnehmer kann vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, in Textform von der INTER Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Ist die Durchführung der Heilbehandlung dringlich, hat die INTER eine mit Gründen versehene Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen, zu erteilen, ansonsten nach vier Wochen; auf einen vom Versicherungsnehmer vorgelegten Kostenvorschlag und andere Unterlagen ist dabei einzugehen. Sind die Unterlagen nicht ausreichend aussagekräftig, kann der Versicherungsnehmer im Antwortschreiben um weitere Unterlagen gebeten werden.
- Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens bei der INTER.
- Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch die INTER vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 7

Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres (siehe § 12 Abs. 1) zu entrichten, kann aber auch in monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Bei Jahreszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) von 4 % eingeräumt. Der Beitrag oder die monatliche Beitragsrate ist dem jeweils gültigen Versicherungsschein bzw. Nachtrag zum Versicherungsschein zu entnehmen.

Die Beiträge sind an die von der INTER zu bezeichnende Stelle zu entrichten.
- (2) Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Abschluss des Versicherungsvertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.
- (4) Die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.

§ 8

Beitragsberechnung und Beitragsanpassung

Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach versicherungsmathematischen Grundsätzen im Einklang mit den Vorschriften des VAG und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen der INTER festgelegt.

Der Beitrag wird bei Abschluss des Versicherungsvertrages nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr, in dem das Versicherungsverhältnis beginnt.

Für Kinder (0 - 15 Jahre) und Jugendliche (16 - 20 Jahre) ist von Beginn des Kalenderjahres an, in dem sie das 16. bzw. 21. Lebensjahr vollenden, der Beitrag für das Eintrittsalter 16 bzw. 21 zu zahlen.

Wird im vereinbarten Tarif keine Alterungsrückstellung gebildet, ist nach Vollendung des 21. Lebensjahres von Beginn des jeweils folgenden Kalenderjahres an der Beitrag für das nächsthöhere Eintrittsalter zu zahlen.

Sofern dies eine Beitragsänderung zur Folge hat, erhält der Versicherungsnehmer als Mitteilung jeweils einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

Wird im vereinbarten Tarif eine Alterungsrückstellung gebildet, ist eine Erhöhung des Beitrags wegen des steigenden Alters der versicherten Person während der Dauer des Versicherungsverhältnisses insoweit ausgeschlossen.

Bei Vertragsabschluss können Risikozuschläge oder Leistungsausschlüsse vereinbart werden.

- (2) Bei einer Änderung des Beitrags (z.B. wegen Änderung des Versicherungsschutzes oder einer Beitragsanpassung nach den Absätzen 5 bis 7) hängt

der neue Beitrag von dem bei Inkrafttreten der Änderung erreichten Alter der versicherten Person ab.

Besteht eine Alterungsrückstellung, wird das Eintrittsalter der versicherten Person berücksichtigt, indem die Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird.

- (3) Bei Beitragsänderungen werden bestehende Risikozuschläge entsprechend angepasst, soweit keine hiervon abweichende Regelung vereinbart wurde.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes, soweit die Leistungen höher oder umfassender sind, ein erhöhtes Risiko vor, kann die INTER dafür einen angemessenen Risikozuschlag oder einen Leistungsausschluss verlangen. Der Risikozuschlag bemisst sich nach den Grundsätzen der INTER zum Ausgleich erhöhter Risiken. Anstelle des Risikozuschlags kann der Versicherungsnehmer den Ausschluss der höheren oder umfassenderen Leistungen verlangen.

Beitragsanpassung

- (5) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen der INTER z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, wegen einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht die INTER jährlich für jeden Tarif
 - a) die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs von der INTER überprüft und,

- soweit erforderlich, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst. Bei einer Abweichung von mehr als 5 % können diese von der INTER überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst werden.
- b) die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Sterbewahrscheinlichkeiten, sofern eine Alterungsrückstellung zu bilden ist. Ergibt diese Gegenüberstellung eine Abweichung von mehr als 5 %, werden alle Beiträge dieses Tarifs von der INTER überprüft und mit Zustimmung des Treuhänders angepasst.
- Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.
- (6) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch die INTER und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist und die Veränderung der Sterbewahrscheinlichkeiten die Grenze von 5 % nicht überschreitet.
- (7) Anpassungen nach Absatz 5 werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9

Obliegenheiten

- (1) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (§ 6 Abs. 4) haben auf Verlangen der INTER jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht der INTER und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (2) Auf Verlangen der INTER ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen von der INTER beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (3) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (4) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, die INTER von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- (5) Steht dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, hat der Versicherungsnehmer bzw. die versicherte Person diesen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch die INTER soweit erforderlich mitzuwirken.

§ 10

Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Die INTER ist unter den Voraussetzungen von § 28 Abs. 2 und 3 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 4 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Die INTER kann ein Versicherungsverhältnis nach Maßgabe des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn die in § 9 Abs. 4 genannte Obliegenheit verletzt wird.
- (3) Die INTER ist unter den Voraussetzungen von § 86 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die in § 9 Abs. 5 genannte Obliegenheit verletzt wird.
- (4) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11

Aufrechnung

Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann der Versicherungsnehmer nicht aufrechnen, gegen andere

Forderungen der INTER nur insoweit, als die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist.

Ende der Versicherung

§ 12

Versicherungsjahr / Vertragsdauer

- (1) Das Versicherungsjahr umfasst zwölf Monate. Es ist für alle im Vertrag versicherten Personen gleich. Das erste Versicherungsjahr beginnt zu dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Vertragsbeginn).
- Durch spätere Vertragsänderungen und Mitversicherung weiterer Personen ändert sich das Versicherungsjahr nicht.
- (2) Die Mindestvertragsdauer beträgt zwei Versicherungsjahre, sofern der Tarif (Teil II AVB) nichts anderes vorsieht. Danach verlängert sich der Versicherungsvertrag stillschweigend um je ein Versicherungsjahr, sofern er nicht schriftlich gekündigt wird (siehe §§ 13 und 14).

§ 13

Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen, frühestens aber zum Ablauf der Mindestvertragsdauer nach § 12 Abs. 2.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Erhöht sich der Beitrag aufgrund einer Vereinbarung im Versicherungsvertrag, nach der bei Erreichen eines bestimmten Alters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Alter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens kündigen.
- (4) Erhöht die INTER die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert sie ihre Leistungen gemäß § 19 Abs. 1, 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.
- (5) Erklärt die INTER die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife, kann der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung verlangen. Die Aufhebung wird bei Anfechtung oder Rücktritt zum Ende des Monats wirksam, in dem ihm die Erklärung der INTER zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.
- Ein Kündigungsrecht besteht auch, wenn die INTER aufgrund einer grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht rückwirkend einen Leistungsausschluss verlangt oder einen Risikozuschlag erhebt, durch den der Beitrag um mehr als 10 % steigt. In diesem Fall kann der Versicherungsnehmer innerhalb von einem Monat nach Zugang der Mitteilung der INTER ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (6) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, können die versicherten Personen das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortsetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Wirksamwerden der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (7) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Gebiet der EWR-Vertragsstaaten, ist der Versicherungsnehmer zur außerordentlichen Kündigung hinsichtlich des Vertragsteils der betroffenen Person berechtigt. Wird die Kündigung innerhalb von drei Monaten nach der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes erklärt, wirkt sie auf den Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes zurück. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer auf schriftliches Verlangen der INTER nicht innerhalb von zwei Monaten nach Absendung des Verlangens die Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes nachweist.
- (8) 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. Der Antrag auf diese Umstellung muss innerhalb von drei Monaten nach Wirksamwerden der Kündigung gestellt werden.

§ 14

Kündigung durch die INTER

- (1) Das ordentliche Kündigungsrecht der INTER ist ausgeschlossen. gewöhnlichen Aufenthalts zurück.
- (2) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Gebiet der EWR-Vertragsstaaten, ist die INTER zur außerordentlichen Kündigung hinsichtlich des Vertragsteils der betroffenen Person berechtigt. Wird die Kündigung innerhalb von drei Monaten nach der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts erklärt, wirkt sie auf den Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts zurück. Solange eine anderweitige Vereinbarung zur Fortsetzung des Versicherungsschutzes besteht, ist eine Kündigung durch die INTER ausgeschlossen.
- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

§ 15

Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Der Versicherungsvertrag endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, den Versicherungsvertrag unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb von zwei Monaten nach dem Tod des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.

Sonstige Bestimmungen

§ 16

Ansprüche gegen Dritte

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf die INTER über, soweit die INTER den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden. Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.
- (2) 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.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten für versicherte Personen entsprechend. Die versicherten Personen sind verpflichtet, der INTER ihre Ansprüche gegen den Dritten im Umfang und unter den Voraussetzungen der Absätze 1 und 2 schriftlich abzutreten.

§ 17

Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber der INTER müssen in Schriftform erfolgen, soweit gesetzlich nicht eine andere Form vorgeschrieben oder zulässig ist.

§ 18

Gerichtsstand

- (1) Klagen gegen die INTER können bei dem Gericht am Sitz der INTER oder bei dem Gericht anhängig gemacht werden, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung dessen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung seinen Wohnsitz, in Ermangelung dessen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt ins Ausland, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhn-

licher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz der INTER zuständig.

§ 19

Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie die INTER 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.
- (3) Um den Wert des Versicherungsschutzes zu erhalten, können bei einer Beitragsanpassung nach § 8 Abs. 5 bis 7 und unter den Voraussetzungen von Absatz 1 die tariflich vorgesehenen Höchstbeträge, Ersatz-Krankenhaustagegelder sowie sonstigen betragsmäßig festgelegten Leistungen der INTER mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen mit Zustimmung des unabhängigen Treuhänders angepasst werden. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil II

INTER QualiMed Z[®] Stationär

Tarif S2

Stand: 01.09.2016

Der Tarif (Teil II AVB) gilt in Verbindung mit den Rahmenbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (Teil I AVB).

A. Aufnahmefähigkeit / Versicherungsfähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben.

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen

öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis haben.

Die Beendigung der Versicherung in der GKV bzw. des Anspruchs auf Heilfürsorge ist der INTER unverzüglich mitzuteilen.

B. Leistungen der INTER

Erstattungsfähig im tariflichen Umfang sind Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung und ambulante Operationen, die einen Krankenhausaufenthalt ersetzen.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung.

1. Wahlleistungen

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende Wahlleistungen im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils geltenden Fassung:

- gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen und
- gesondert berechenbare Unterkunft im Zweibettzimmer sowie vom Krankenhaus gesondert berechenbare Zuschläge für Verpflegung, Sanitärzelle und Bereitstellung eines Telefons und/oder eines Fernsehers.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhaus-

finanzierungsgesetz (KHG), dem KHEntgG bzw. der BPfIV abrechnen, gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen und die Unterkunft im Zweibettzimmer.

Können bei Unterkunft im Einbettzimmer die Kosten für ein Zweibettzimmer nicht nachgewiesen werden, weil das Krankenhaus eine entsprechende Unterkunft nicht anbietet, gelten die durchschnittlichen Zweibettzimmerzuschläge des Bundeslandes, in dem der Krankenhausaufenthalt stattfand.

Soweit Krankenhäuser nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 3. Pflegeklasse dem Mehrbettzimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zweibettzimmer und die 1. Pflegeklasse dem Einbettzimmer.

Zusätzliche Wahlleistungen nach einem Unfall

Zu 100 % erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterkunft im Einbettzimmer, sofern die stationäre Aufnahme als Folge eines nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfalls nach Teil I § 1 Abs. 5 AVB innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfalltag notwendig ist.

2. Ersatz-Krankenhaustagegeld

Werden bei stationärer Krankenhausbehandlung keine Wahlleistungen in Anspruch genommen, wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld gezahlt.

Dieses beträgt täglich für die Dauer des Aufenthalts

- 50 EUR bei Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen (einschließlich Entlassungstag),
- 30 EUR bei Verzicht auf Unterbringung im Zweibettzimmer (ohne Entlassungstag) bzw.
- 80 EUR bei Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen und Unterbringung im Zweibettzimmer (Entlassungstag 50 EUR).

Bei Verzicht auf Unterbringung im Einbettzimmer nach einem Unfall besteht kein zusätzlicher Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.

Für Kinder (0 - 15 Jahre) beträgt unter den gleichen Voraussetzungen das Ersatz-Krankenhaustagegeld die Hälfte der vorstehenden Sätze.

Bei teilstationärer Behandlung besteht kein Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.

3. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen

Zu 100% erstattungsfähig sind die Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt.

Als allgemeine Krankenhausleistungen nach dem KHG in Verbindung mit dem KHEntG bzw. der BpflV gelten Krankenhausleistungen (z.B. ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, Unterkunft und Verpflegung), soweit sie nicht gesondert berechenbar sind, sowie Leistungen von Belegärzten, Beleghebammen und Belegentbindungspflegern.

Bei Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen ist die Erstattung auf 100 EUR pro Tag für die Dauer des Krankenhausaufenthalts begrenzt, wenn

- die GKV bzw. der Heilfürsorgeträger nicht vorleistet oder
- das Krankenhaus nicht nach dem KHG/KHEntG bzw. der BpflV abrechnet oder
- das Krankenhaus im Ausland liegt.

4. Vor- und nachstationäre Behandlung

Zu 100% erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a SGB V.

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 nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten.

5. Begleitperson bei Kindern im Krankenhaus

Zu 100% erstattungsfähig sind die zusätzlichen Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson für bis zu 14 Tage, wenn ein nach diesem Tarif versichertes, höchstens 12 Jahre altes Kind aufgrund ärztlichen Anratens während einer stationären Heilbehandlung von einer Begleitperson stationär begleitet wird, sofern kein Anspruch bei der GKV besteht.

Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson sind durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

6. Anschlussrehabilitation

Zu 100% erstattungsfähig sind Aufwendungen für Wahlleistungen nach Nr. 1 für eine sich an eine Krankenhausbehandlung anschließende weitere Behandlung zur Rehabilitation (Anschlussrehabilitation) unter den Voraussetzungen von Teil I § 4 Abs. 7 AVB.

Bei einer Anschlussrehabilitation besteht kein Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.

7. Ambulante Operationen

a) Privatärztliche Behandlung

Zu 100% erstattungsfähig ist die privatärztliche Behandlung bei ambulanten Operationen, die im nach § 115b SGB V vereinbarten Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer ersetzender Eingriffe enthalten sind.

b) Vor- und Abschlussuntersuchung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die privatärztliche Vor- und Abschlussuntersuchung (einschließlich Diagnostik und Verbandwechsel) im Rahmen einer ambulanten Operation nach a).

Die Voruntersuchung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der ambulanten Operation begrenzt. Die Abschlussuntersuchung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der ambulanten Operation nicht überschreiten.

8. Gesetzliche Zuzahlungen bei stationärer Behandlung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die nach § 61 SGB V vorgesehenen - bei Heilfürsorgeberechtigten für die in analoger Anwendung dieser Vorschrift vorgesehenen - Zuzahlungen zu

- Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V),
- häuslicher Krankenpflege (§ 37 SGB V),
- Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) und

- Fahrkosten (§ 60 SGB V) bei stationären Behandlungen.

Als Kostennachweis ist die jeweilige Quittung vorzulegen.

Nicht erstattungsfähig sind nicht genannte Zuzahlungen.

9. Gebührenordnung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen über die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätze hinaus, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

10. Serviceleistungen

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten werden über das INTER Service Center (telefonisch erreichbar unter 0621 427-427) umfangreiche Serviceleistungen angeboten:

Medizinische Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arz-

neimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen,

- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen,
- geplanten Krankenhausaufenthalten.

Unterstützung und Betreuung durch

- Benennung von ärztlichen, zahnärztlichen und Apotheken-Notdiensten,
- Benennung von Spezialisten, Fachkliniken, Rehabilitations- und Kureinrichtungen,
- aktive Hilfe bei der Suche nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten,
- Hilfe bei der Beschaffung von ärztlich verordneten Medikamenten, Blutkonserven und Seren,
- Benennung von Fach- und Pflegekräften, häuslichen Pflegediensten, Haushaltshilfen, Kinderbetreuern, Selbsthilfegruppen,
- Beratung bei Umschulungsmaßnahmen bei teilweiser Berufsunfähigkeit.

C. Beitrag

Im Tarif S2 wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Der zu zahlende Beitrag ist der jeweils gültigen Beitragstabelle zu entnehmen. Siehe hierzu auch Teil I § 8 Abs. 1 AVB. Die bei Versicherungsbeginn gültige Beitragstabelle ist als

Anlage 1 beigelegt.

Bei einer Beitragsanpassung nach Teil I § 8 Abs. 5 bis 7 AVB stellt die INTER dem Versicherungsnehmer die geänderte Beitragstabelle zur Verfügung.

Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB)

Teil II

INTER QualiMed Z[®] Stationär

Tarif S1

Stand: 01.09.2016

Der Tarif (Teil II AVB) gilt in Verbindung mit den Rahmenbedingungen für die Krankheitskostenzusatzversicherung (Teil I AVB).

A. Aufnahmefähigkeit / Versicherungsfähigkeit

Aufnahmefähig sind Personen, die ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben.

Versicherungsfähig sind Personen, die in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge aus einem deutschen

öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnis haben.

Die Beendigung der Versicherung in der GKV bzw. des Anspruchs auf Heilfürsorge ist der INTER unverzüglich mitzuteilen.

B. Leistungen der INTER

Erstattungsfähig im tariflichen Umfang sind Aufwendungen für stationäre Heilbehandlung und ambulante Operationen, die einen Krankenhausaufenthalt ersetzen.

Nicht erstattungsfähig sind Aufwendungen für Zahnbehandlung, Zahnersatz, Zahn- und Kieferregulierung.

1. Wahlleistungen im Krankenhaus

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für folgende Wahlleistungen im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) bzw. der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in der jeweils geltenden Fassung:

- gesondert berechenbare privatärztlichen Leistungen und
- gesondert berechenbare Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer sowie vom Krankenhaus gesondert berechenbare Zuschläge für Verpflegung, Sanitärzelle und Bereitstellung eines Telefons und/oder eines Fernsehers.

In Krankenhäusern, die nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem KHEntgG bzw. der BPfIV abrechnen, gelten als Wahlleistungen die gesondert berechenbaren privatärztlichen Leistungen

und die Unterkunft im Ein- oder Zweibettzimmer.

Soweit Krankenhäuser nach Pflegeklassen unterscheiden, entspricht die 3. Pflegeklasse dem Mehrbettzimmer, die 2. Pflegeklasse dem Zweibettzimmer und die 1. Pflegeklasse dem Einbettzimmer.

2. Ersatz-Krankenhaustagegeld

Werden bei stationärer Krankenhausbehandlung keine Wahlleistungen in Anspruch genommen, wird ein Ersatz-Krankenhaustagegeld gezahlt.

Dieses beträgt täglich für die Dauer des Aufenthalts

- 50 EUR bei Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen (einschließlich Entlassungstag),
- 50 EUR bei Verzicht auf Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer (ohne Entlassungstag) bzw.
- 100 EUR bei Verzicht auf gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen und Unterbringung im Ein- und Zweibettzimmer (Entlassungstag 50 EUR).

Für Kinder (0 - 15 Jahre) beträgt unter den gleichen Voraussetzungen das Ersatz-Krankenhaustagegeld

die Hälfte der vorstehenden Sätze.

Bei teilstationärer Behandlung besteht kein Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.

3. Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen

Zu 100% erstattungsfähig sind die Mehrkosten für allgemeine Krankenhausleistungen, die entstehen, wenn der Versicherte ein anderes als das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus wählt.

Als allgemeine Krankenhausleistungen nach dem KHG in Verbindung mit dem KHEntgG bzw. der BpflV gelten Krankenhausleistungen (z.B. ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, Unterkunft und Verpflegung), soweit sie nicht gesondert berechenbar sind, sowie Leistungen von Belegärzten, Beleghebammen und Belegentbindungspflegern.

Bei Aufwendungen für allgemeine Krankenhausleistungen ist die Erstattung auf 100 EUR pro Tag für die Dauer des Krankenhausaufenthalts begrenzt, wenn

- die GKV bzw. der Heilfürsorgeträger nicht vorleistet oder
- das Krankenhaus nicht nach dem KHG/KHEntgG bzw. der BpflV abrechnet oder
- das Krankenhaus im Ausland liegt.

4. Vor- und nachstationäre Behandlung

Zu 100% erstattungsfähig sind Aufwendungen für gesondert berechenbare privatärztliche Leistungen im Rahmen einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus nach § 115a SGB V.

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 nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten.

5. Begleitperson bei Kindern im Krankenhaus

Zu 100% erstattungsfähig sind die zusätzlichen Aufwendungen für die gesondert berechenbare Unterbringung und Verpflegung einer Begleitperson für bis zu 14 Tage, wenn ein nach diesem Tarif versichertes, höchstens 12 Jahre altes Kind aufgrund ärztlichen Anratens während einer stationären Heilbehandlung von einer Begleitperson stationär begleitet wird, sofern kein Anspruch bei der GKV besteht.

Die Dauer der Begleitung sowie die Höhe der Unterbringungs- und Verpflegungskosten der Begleitperson sind durch eine Bescheinigung des Krankenhauses nachzuweisen.

6. Anschlussrehabilitation

Zu 100% erstattungsfähig sind Aufwendungen für Wahlleistungen (Nr. 1) für eine sich an eine Krankenhausbehandlung anschließende weitere Behandlung zur Rehabilitation (Anschlussrehabilitation) unter den Voraussetzungen von Teil I § 4 Abs. 7 AVB.

Bei einer Anschlussrehabilitation besteht kein Anspruch auf Ersatz-Krankenhaustagegeld.

7. Ambulante Operationen

a) Privatärztliche Behandlung

Zu 100% erstattungsfähig ist die privatärztliche Behandlung bei ambulanten Operationen, die im nach § 115b SGB V vereinbarten Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationsersetzender Eingriffe enthalten sind.

b) Vor- und Abschlussuntersuchung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die privatärztliche Vor- und Abschlussuntersuchung (einschließlich Diagnostik und Verbandwechsel) im Rahmen einer ambulanten Operation nach a).

Die Voruntersuchung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der ambulanten Operation begrenzt. Die Abschlussuntersuchung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der ambulanten Operation nicht überschreiten.

8. Fahrt- und Transportkosten

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Fahrt zum und vom Krankenhaus bzw. zur und von einer ambulanten Operation nach Nr. 7 bis zu einem Erstattungsbetrag von insgesamt 300 EUR je Versicherungsfall.

Bei Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs werden für jeden gefahrenen Kilometer 0,30 EUR erstattet.

9. Gesetzliche Zuzahlungen bei stationärer Behandlung

Zu 100% erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die nach § 61 SGB V vorgesehenen - bei Heilfürsorgeberechtigten für die in analoger Anwendung dieser Vorschrift vorgesehenen - Zuzahlungen zu

- Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V),
- häuslicher Krankenpflege (§ 37 SGB V),
- Haushaltshilfe (§ 38 SGB V) und
- Fahrkosten (§ 60 SGB V) bei stationären Behandlungen.

Als Kostennachweis ist die jeweilige Quittung vorzulegen.

Nicht erstattungsfähig sind nicht genannte Zuzahlungen.

10. Gebührenordnung

Erstattungsfähig sind die Aufwendungen für ärztliche Leistungen über die in der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) festgelegten Höchstsätze hinaus, soweit eine gültige Honorarvereinbarung zugrunde liegt.

11. Serviceleistungen

Neben dem Ersatz von Aufwendungen für Krankheitskosten werden über das INTER Service Center (telefonisch erreichbar unter 0621 427-427) umfangreiche Serviceleistungen angeboten:

Medizinische Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen,
- zahnärztlichen Behandlungen und Heil- und Kostenplänen,

- geplanten Krankenhausaufenthalten.

Unterstützung und Betreuung durch

- Benennung von ärztlichen, zahnärztlichen und Apotheken-Notdiensten,
- Benennung von Spezialisten, Fachkliniken, Rehabilitations- und Kureinrichtungen,
- aktive Hilfe bei der Suche nach geeigneten Behandlungsmöglichkeiten,
- Hilfe bei der Beschaffung von ärztlich verordneten Medikamenten, Blutkonserven und Seren,
- Benennung von Fach- und Pflegekräften, häuslichen Pflegediensten, Haushaltshilfen, Kinderbetreuern, Selbsthilfegruppen,
- Beratung bei Umschulungsmaßnahmen bei teilweiser Berufsunfähigkeit.

C. Beitrag

Im Tarif S1 wird keine Alterungsrückstellung gebildet. Der zu zahlende Beitrag ist der jeweils gültigen Beitragstabelle zu entnehmen. Siehe hierzu auch Teil I § 8 Abs. 1 AVB. Die bei Versicherungsbeginn gültige Beitragstabelle ist als

Anlage 1 beigefügt.

Bei einer Beitragsanpassung nach Teil I § 8 Abs. 5 bis 7 AVB stellt die INTER dem Versicherungsnehmer die geänderte Beitragstabelle zur Verfügung.