ARAG Zahn-Zusatzversicherung Bedingungsheft Unisex

Tarife Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100

Stand 4.2026

Für eine bessere Lesbarkeit verzichten wir auf eine geschlechterspezifische Differenzierung. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichbehandlung. Die verkürzte Sprachform hat redaktionelle Gründe und beinhaltet keine Wertung. Ohne Satz- und Sonderzeichen wie das Gendersternchen lassen sich zudem Texte blinden und sehbehinderten Menschen durch Computersysteme flüssiger vorlesen.

Inhalt

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II) 4

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung Unisex (MB/KK 2009 und TB/KK 2013) 4

Tarifbeschreibung (Teil III) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung basierend auf MB/KK 2009 und TB/KK 2013 25

Tarif Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100: Zahn-Ergänzungstarife für GKV-Versicherte 25

Ergänzende Unterlagen zum Antrag 29

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht 29

Musterbedingungen des Verbands der Privaten Krankenversicherung und Tarifbedingungen (Teil I und Teil II)

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung Unisex (MB/KK 2009 und TB/KK 2013)

Teil I Musterbedingungen 2009 des Verbands der Privaten Krankenversicherung (MB/KK 2009)

Teil II Tarifbedingungen (TB/KK 2013)

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 Aufenthalts 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. 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

a) Schutzimpfungen einschließlich der Aufwendungen für den Impfstoff. Hierzu zählen weiterhin sämtliche Schutzimpfungen einschließlich der Schutzimpfungen als Prophylaxe für Auslandsreisen;

b) jede gezielte ambulante Untersuchung zur Vorsorge oder Früherkennung von Krankheiten, ohne Einschränkung auf gesetzlich eingeführte Programme. Das bedeutet, dass medizinisch sinnvolle und begründbare Vorsorge und Früherkennung unabhängig von einer bestimmten Diagnose, vom Alter und von vorgegebenen Intervallen durchgeführt werden können.

(2) In Abweichung zu Teil I Absatz 4 besteht Versicherungsschutz für die ersten drei Monate eines vorübergehenden Aufenthalts im außereuropäischen Ausland. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über drei Monate hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann. Bei vorübergehenden Aufenthalten im außereuropäischen Ausland von mehr als drei Monaten ist Versicherungsschutz gegen Beitragszuschlag möglich. Ein entsprechender Antrag ist spätestens 14 Tage vor Beginn der Auslandsreise in Textform zu stellen. Als vorübergehend gelten Auslandsaufenthalte bis zu fünf Jahren. Der Versicherungsschutz kann durch eine anders lautende Vereinbarung über diese Dauer hinaus fortgesetzt werden.

(3) Die Schweiz wird den in Teil I Absatz 5 genannten Staaten gleichgestellt.

(4) Versicherung für zahnärztliche Behandlung
Der Abschluss einer Versicherung für zahnärztliche Behandlung ist nur für Personen möglich, für die beim Versicherer eine Versicherung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung bereits besteht oder gleichzeitig abgeschlossen wird. Die Versicherung für zahnärztliche Behandlung endet zu dem Zeitpunkt, ab dem für die versicherte Person keine Versicherung mehr für ambulante oder stationäre Heilbehandlung besteht.

(5) Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, gilt die Vorschrift des Teil I Absatz 5 nicht. Die Versicherung endet in diesem Fall gemäß § 15 Teil II Absatz 1.

(6) Der Versicherer ermöglicht im Rahmen der gesetzlichen Regelungen innerhalb der Leistungsstufen der Komfort-Klasse (K0 bis K1500) sowie innerhalb der Leistungsstufen 200 bis 209, 210 und 21P70 bis 21P90 der Tarife für ambulante Heilbehandlung den flexiblen Wechsel zwischen einzelnen Selbstbehaltstufen ohne erneute Risikoprüfung. Im Falle einer Reduzierung des Selbstbehalts gelten die Wartezeiten für die Mehrleistungen neu.

(7) Bei Tarifen der Krankheitskosten-Vollversicherung besteht die Möglichkeit, den während einer Elternzeit reduzierten Versicherungsumfang nach deren Beendigung wieder bis zum ursprünglichen Umfang zu erhöhen – ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten. Die Höherstufung auf den ursprünglichen Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und ohne erneute Wartezeiten ist innerhalb von zwei Monaten nach Beendigung der Elternzeit rückwirkend zu beantragen und erfolgt zum Ersten des Monats, der auf das Ende der Elternzeit folgt. Dabei ist ein Nachweis über Beginn und Ende der Elternzeit einzureichen.

(8) In Tarifen der Krankheitskosten-Vollversicherung, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden, ist Versicherungsfähigkeit nur dann gegeben, wenn für die betreffende versicherte Person gleichzeitig keine Tarife der Krankheitskosten-Vollversicherung bestehen, deren Beiträge geschlechtsabhängig erhoben werden.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Teil I

(1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins 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 Versicherungsvertrags 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 Risikozuschlags bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

Teil II

(1) Sind die Voraussetzungen für die Mitversicherung von Neugeborenen ohne Wartezeit erfüllt, dann besteht Versicherungsschutz auch für Geburtsschäden sowie für angeborene Krankheiten und Gebrechen.

(2) Abweichend von Teil I Absatz 2 darf die Selbstbeteiligung eines mitzuversichernden Kindes auch niedriger als die eines Elternteils gewählt werden.

§ 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 (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) Unterziehen sich die zu versichernden Personen auf ihre Kosten einer ärztlichen Untersuchung, so können bei entsprechendem Untersuchungsergebnis alle Wartezeiten erlassen werden. Der ärztliche Befundbericht ist innerhalb von zwei Wochen nach Antragstellung einzureichen, andernfalls wird der Versicherungsantrag als Antrag ohne ärztliche Untersuchung behandelt.

(2) Für Zahnbehandlung gemäß § 4 Teil II Absatz 4 1. beträgt die Wartezeit drei Monate.

(3) Bei Unfällen entfallen die besonderen Wartezeiten nach Teil I Absatz 3.

(4) In Ergänzung zu Teil I Absatz 5 wird die Vorversicherungszeit auch auf die Wartezeiten von Krankenhaustagegeld-Versicherungen, die gemeinsam mit einer Krankheitskosten-Vollversicherung beantragt werden, angerechnet.

(5) In Abweichung von Teil I Absatz 5 Satz 1 und 2 entfallen bei erstmaligem Abschluss einer Krankheitskosten-Vollversicherung beim Versicherer die allgemeinen und besonderen Wartezeiten.
Werden zu einem späteren Zeitpunkt weitere versicherte Personen erstmalig in den Vertrag aufgenommen, so gilt die Regelung wie bei erstmaligem Vertragsabschluss sinngemäß.
Teil I Absatz 6 bleibt hiervon unberührt.

§ 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. Sofern der Tarif oder die Tarifbedingungen

dies vorsehen, ist vom Versicherungsschutz auch eine nach ärztlichem Befund verordnete, im unmittelbaren Zusammenhang mit einer stationären Heilbehandlung medizinisch notwendige, ambulante oder stationäre Anschlussheilbehandlung umfasst.

(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 Umfang 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 erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.

(7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2.000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten 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) Der Versicherer erstattet im tariflichen Umfang die Aufwendungen für die medizinisch notwendige Behandlung von körperlichen, psychischen und psychosomatischen Krankheiten und Unfallfolgen, ebenso für die Behandlung in der Schwangerschaft einschließlich der Entbindung sowie für Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten.

(2) Tarife für ambulante Heilbehandlung
Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige ambulante Heilbehandlung ersetzt. Hierzu gehören folgende Leistungen:

1. **Behandlung durch Ärzte und Heilpraktiker**
   a) **In Deutschland gehören hierzu ärztliche Leistungen (wie Beratungen, Untersuchungen, konservative und operative Behandlungen, Sonderleistungen sowie Besuche und Wegegebühren) durch niedergelassene und approbierte Ärzte, Ärzte in medizinischen Versorgungszentren im Sinne des § 95 Sozialgesetzbuch (SGB) V und durch Ärzte in Krankenhausambulanzen. Abrechnungsgrundlage ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Erstattungsfähig sind ferner Leistungen von Heilpraktikern im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes. Abrechnungsgrundlage ist das Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) bis zum jeweiligen Höchstsatz, sofern der Tarif nicht anderes vorsieht.**
   b) **Werden die unter Buchstabe a) genannten Heilbehandlungen während eines Auslandsaufenthalts durchgeführt, so wird vom Versicherer ein ortsübliches Honorar akzeptiert. § 1 Teil I Absatz 5 bleibt unberührt.**
   c) **Aus Tarifen der Krankheitskosten-Vollversicherung, sofern der Tarif nicht anderes vorsieht, sind einmalig während der gesamten Vertragslaufzeit Aufwendungen für brechkraftverändernde Operationen (zum Beispiel LASIK-Operation) bis zu 1.000 Euro je Auge erstattungsfähig.**
2. **Arznei- und Verbandmittel. Sofern im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verordnet, sind auch Nähr- und Stärkungsmittel, insbesondere Nahrungsergänzung (wie Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente) und Mittel zur künstlichen Ernährung erstattungsfähig.**
3. **Technische Leistungen wie Laboruntersuchungen, EKG, EEG, EMG, die Durchführung von Dialysen, bildgebende Verfahren (zum Beispiel Röntgen, CT, MRT und Sonografie) sowie Strahlentherapie.**
4. **Heilmittel wie zum Beispiel Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie und andere physikalische Behandlung sowie Logopädie und Ergotherapie, soweit diese durch staatlich geprüfte Angehörige entsprechender Heilberufe angewandt werden.**
   Bei Diabetes mellitus Typ 2 mit diabetischer Angiopathie und/oder Neuropathie sind die Aufwendungen für medizinische Fußpflege (Nagel- und Hornhautbehandlung) im Abstand von mindestens drei Wochen erstattungsfähig, wenn die Behandlung durch einen auf Basis des Podologengesetzes tätigen Therapeuten durchgeführt wird.
5. **Hilfsmittel**
   a) **Hilfsmittel (ausgenommen Sehhilfen), wenn sie aus medizinischer Sicht notwendig sind, um eine körperliche Behinderung zu mildern, zu heilen oder auszugleichen. Das Hilfsmittel muss in einer der körperlichen Beeinträchtigung angemessenen Ausführung bezogen werden. Es ist eine ärztliche Verordnung – auf Ver-**

langen des Versicherers mit medizinisch begründeter Angabe der erforderlichen Funktionalität – vorzulegen. Das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen fallen nicht unter den Versicherungsschutz.
Hilfsmittel mit einem Bezugspreis von unter 1.000 Euro sind ohne vorherige Genehmigung durch den Versicherer erstattungsfähig. Wird ein Hilfsmittel mit einem Bezugspreis ab 1.000 Euro ohne vorherige schriftliche Zusage des Versicherers bezogen, werden 80 Prozent des erstattungsfähigen Rechnungsbetrags für die funktionale Standardausführung für die tarifliche Erstattung zugrunde gelegt. Als Bezugspreis gilt der Preis für die gesamte Versorgung.
Auch die Aufwendungen für die Einweisung in den Gebrauch von Hilfsmitteln, deren Reparatur und Wartung sind erstattungsfähig, die Höhe der Erstattungen für Reparaturen ist auf die tarifliche Erstattung bei Neuanschaffung des zu reparierenden Geräts begrenzt. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für den Betrieb (zum Beispiel Strom, Batterien) und die Pflege von Hilfsmitteln sowie für Zusatzgarantieleistungen.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist die Kostenerstattung für Neuanschaffung, Reparatur und Wartung von Hilfsmitteln nicht eingeschlossen.

b) Sofern der Tarif nichts anderes vorsieht, gelten für Sehhilfen nachstehende Regelungen:
Erstattungsfähig sind Brillenfassungen bis zu einem Rechnungsbetrag von 105 Euro und Brillengläser. Ein erneuter Anspruch entsteht, wenn sich die Sehstärke zumindest eines Auges seit dem letzten Bezug um mindestens 0,5 Dioptrien verändert hat oder seit dem letzten Bezug mindestens 24 Monate vergangen sind. Nah- und Fernbrillen werden dabei gesondert betrachtet. Die Aufwendungen für Reparaturen sind ebenfalls erstattungsfähig.
Kontaktlinsen sind bis zu einem Rechnungsbetrag von 300 Euro pro Kalenderjahr erstattungsfähig. Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für die Reinigung und Pflege von Kontaktlinsen.

6. Krankenfahrten und -transporte (auch Taxifahrten) zum und vom nächstgelegenen geeigneten Arzt oder Krankenhaus, wenn der Hin- und/oder Rückweg aus medizinischen Gründen nicht mit einem öffentlichen Verkehrsmittel oder eigenem privaten Kraftfahrzeug zurückgelegt werden kann. Es ist eine ärztliche Bescheinigung vorzulegen. Bei eindeutigen Krankheitsbildern (zum Beispiel bei Strahlen- oder Chemotherapie und bei Dialysebehandlung) kann in Absprache mit dem Versicherer darauf verzichtet werden. Bei Unfällen oder medizinischen Notfällen ist eine Bescheinigung nicht erforderlich.
7. Schwangerschaft und Entbindung
   a) Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen und ärztliche Behandlungen in der Schwangerschaft.
   b) Ärztliche Leistungen und Leistungen der Hebamme bzw. des Entbindungspflegers bei einer Hausentbindung.
   c) Ambulante Entbindung in einem Geburtshaus unter der Leitung einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers.
   d) Es sind die Aufwendungen für Geburtsvorbereitungskurse und Rückbildungsgymnastik bis zu einem Betrag von insgesamt 100 Euro erstattungsfähig. Die Beratung und Unterstützung der Mutter durch eine Hebamme bzw. einen Entbindungspfleger im häuslichen Umfeld ist in den ersten zehn Tagen nach der Geburt des Kindes versichert, wobei der erstattungsfähige Rechnungsbetrag auf insgesamt 500 Euro begrenzt ist. Ab dem elften Tag bis zu acht Wochen nach der Entbindung sind Leistungen der Hebamme bzw. des Entbindungspflegers bis zu einem Rechnungsbetrag von 500 Euro erstattungsfähig, wenn diese medizinisch notwendig sind. Es ist auf Verlangen des Versicherers eine ärztliche Begründung vorzulegen. Es werden nur Kostennoten auf Basis der jeweils gültigen Hebammenhilfe-Gebührenverordnung (HebGV) akzeptiert.
   e) Aufwendungen für nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation.
8. Aufwendungen für Psychiatrie und Psychotherapie, soweit sie medizinisch notwendige Heilbehandlung wegen Krankheit ist und von einem niedergelassenen und approbierten Arzt bzw. von einem niedergelassenen und im Arztregister eingetragenen psychologischen Psychotherapeuten, Fachpsychotherapeuten für Erwachsene, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche mit geeignetem Fachkundenachweis in eigener Praxis durchgeführt wird, jedoch aus allen versicherten Tarifen insgesamt für höchstens 50 Behandlungsstunden im Kalenderjahr. Abrechnungsgrundlage ist die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw. die Gebührenordnung für Psychotherapeuten (GOP).
9. Aufwendungen für ärztlich angeordnete ambulante Kurbehandlung werden gemäß Ziffer 1. bis 4. in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer. Werden Leistungen gezahlt, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom Beginn der Kurbehandlung.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
10. Die gleichzeitige Inanspruchnahme von Aufwendungen gemäß Absatz 2 Ziffer 9. und Absatz 3 Ziffer 8. ist ausgeschlossen.
11. Aufwendungen für ärztlich verordnete Behandlungspflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn durch sie das Ziel einer ärztlichen Behandlung gesichert oder eine Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird. Zur Behandlungspflege gehören zum Beispiel Medikamentengabe, Injektionen, Wundversorgung und Verbandwechsel, An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen, Blutzuckerkontrolle und Katheterisierung. Vom Begriff der Behandlungspflege nicht erfasst werden die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung.
Die Leistungen bedürfen der vorherigen Genehmigung durch den Versicherer und sind auf vier Wochen je Versicherungsfall befristet. Leistungen von anderen Kostenträgern, zum Beispiel der Pflege-Pflicht- oder Pflege-Zusatzversicherung, sind anzurechnen.
Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
12. Aufwendungen für Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen (ausgenommen Nikotinsucht) in entsprechend qualifizierten Einrichtungen, soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers gegeben wurde. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag wird um eine Eigenbeteiligung des Versicherten in Höhe von 30 Prozent gekürzt. Der An-

spruch ist während der gesamten Vertragsdauer auf insgesamt drei Entwöhnungsbehandlungen begrenzt, unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär erfolgen. Die Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Suchterkrankungen vorliegen.

Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

13. Aufwendungen für die Nutzung von digitalen Gesundheitsanwendungen. Als solche gelten gemäß § 33a SGB V Medizinprodukte niedriger Risikoklasse, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen.

    Die Anwendung muss durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e SGB V (DiGA-Verzeichnis) aufgenommen sein; bei der versicherten Person muss eine der im DiGA-Verzeichnis bei der Anwendung aufgeführten medizinischen Indikationen vorliegen.

    Nach vorheriger schriftlicher Zusage des Versicherers sind bei entsprechender medizinischer Notwendigkeit auch im Verzeichnis gelistete Anwendungen, bei denen jedoch die Diagnose der versicherten Person nicht den im Verzeichnis aufgeführten Anwendungsgebieten entspricht, erstattungsfähig. Hat der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung – unabhängig davon, ob diese im DiGA-Verzeichnis gelistet ist oder nicht – eine Rahmenvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen, der der Versicherer beigetreten ist, oder hat er eine Erstattungsvereinbarung mit dem Versicherer direkt abgeschlossen, so werden gleichfalls auch die darin aufgeführten medizinischen Indikationen anerkannt.

    Die digitale Gesundheitsanwendung muss ärztlich oder von einem in Ziffer 8. genannten Psychotherapeuten verordnet werden. Die Aufwendungen werden je Verordnung für die verordnete Anwendungsdauer, jedoch maximal für zwölf Monate erstattet; danach ist eine erneute Verordnung erforderlich.

    Die Aufwendungen sind jeweils bis zu der Höhe erstattungsfähig, wie sie der Anbieter einer digitalen Gesundheitsanwendung für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung als Vergütung gemäß § 134 SGB V (unabhängig von der medizinischen Indikation) verlangen kann. Hat der Anbieter eine Vergütungsvereinbarung mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung abgeschlossen, der der Versicherer beigetreten ist, oder hat er eine solche mit dem Versicherer direkt abgeschlossen, so sind höchstens die dort vereinbarten Vergütungsbeträge erstattungsfähig. Der Versicherer ist berechtigt, anstelle des Aufwendungsersatzes die digitalen Gesundheitsanwendungen auch selbst zur Verfügung zu stellen.

    Nicht erstattungsfähig sind die Aufwendungen für das zur Nutzung erforderliche Endgerät einschließlich der Kosten für die mobile Anbindung und den Betrieb, etwa für Betriebssystem, Internet, Strom oder Batterien, sowie für eine Zweitbeschaffung zur Nutzung auf verschiedenen Endgeräten.

    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung für digitale Gesundheitsanwendungen nicht eingeschlossen.

14. Aufwendungen für die ersten 21 Tage einer ambulanten Anschlussheilbehandlung (AHB) werden im tariflichen Umfang erstattet, wenn diese innerhalb von 28 Tagen nach dem Ende einer Krankenhausbehandlung oder ambulanten Operation, für die der Versicherer leistungspflichtig ist, beginnt. Diese Frist gilt nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht angetreten werden kann. Die Frist gilt auch dann nicht, wenn kein Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Verfügung steht und dies dem Versicherer spätestens am letzten Tag der Frist angezeigt wird. Dauert die Anschlussheilbehandlung länger als 21 Tage, bedarf es ab dem 22. Tag einer Zusage durch den Versicherer. Diese wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation erteilt.

    Bestehen Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern (wie die gesetzlichen Rehabilitationsträger, Berufsgenossenschaften), sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.

    Im Übrigen bleibt die Einschränkung von § 5 Teil I Absatz 1 Buchstabe d) in Verbindung mit § 5 Teil II Absatz 4 unberührt.

(3) Tarife für stationäre Heilbehandlung

Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige stationäre und teilstationäre Heilbehandlung ersetzt.

Hierzu gehören folgende Leistungen:

1. Allgemeine Krankenhausleistungen wie Krankenpflege, Unterbringung und Verpflegung. Sofern der Tarif es vorsieht, ist die Wahlleistung Ein- oder Zweibettzimmer möglich.
2. Ärztliche Leistungen wie konservative und operative Behandlungen einschließlich Operationsnebenkosten, Visiten und Sonderleistungen zum Beispiel durch Chefärzte und andere Krankenhausärzte oder Belegärzte. Abrechnungsgrundlage ist bei Behandlungen in Deutschland die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und in bestimmten Fällen die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) in der jeweils gültigen Fassung. Werden die genannten Heilbehandlungen während eines Auslandsaufenthalts durchgeführt, so wird vom Versicherer ein ortsübliches Honorar akzeptiert. § 1 Teil I Absatz 5 bleibt unberührt.
3. Arznei- und Verbandmittel. Sofern im Rahmen lebenserhaltender Maßnahmen verordnet, sind auch Nähr- und Stärkungsmittel, insbesondere Nahrungsergänzung (wie Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente) und Mittel zur künstlichen Ernährung erstattungsfähig.
4. Technische Leistungen wie Laboruntersuchungen, EKG, EEG, EMG und die Anwendung von medizinischen Geräten (zum Beispiel Herz-Lungen-Maschine), die Durchführung von Dialysen, bildgebende Verfahren (zum Beispiel Röntgen, CT, MRT und Sonografie) sowie Strahlentherapie.
5. Versorgung mit Heilmitteln wie zum Beispiel Inhalationen, Krankengymnastik, Massagen, Hydrotherapie und Packungen, Wärmebehandlung, Elektrotherapie, Lichttherapie und andere physikalische Behandlung sowie Logopädie und Ergotherapie.

6. Krankenfahrten und -transporte bis zu 100 Kilometer Entfernung zwischen Wohn- oder Aufenthaltsort und Krankenhaus bzw. ohne Begrenzung der Entfernung zum nächstgelegenen geeigneten Krankenhaus und zurück.
7. Schwangerschaft und Entbindung
   a) Aufwendungen für Entbindung einschließlich der Leistungen von Hebammen, Beleghebammen, Entbindungspflegern und Belegentbindungspflegern. Die Kosten der allgemeinen Krankenhausleistungen für gesunde Neugeborene, soweit sie nicht mit dem der Mutter berechneten Pflegesatz abgegolten sind, sind für die Dauer des stationären Aufenthalts der Wöchnerin erstattungsfähig, sofern kein anderer Kostenträger dafür leistungspflichtig ist.
   b) Entbindung in einem Geburtshaus unter der Leitung einer Hebamme oder eines Entbindungspflegers mit anschließender stationärer Betreuung im Wochenbett.
   c) Aufwendungen für Schwangerschaftskomplikationen und Bauchhöhlenschwangerschaft.
   d) Aufwendungen für Fehlgeburt.
   e) Aufwendungen für nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch wegen medizinischer oder kriminologischer Indikation.
8. Aufwendungen für ärztlich angeordnete Kur- und Sanatoriumsbehandlung werden gemäß Ziffer 1. bis 5. in tariflichem Umfang erstattet. Anspruch besteht erstmals nach zweijähriger Versicherungsdauer. Werden Leistungen gezahlt, entsteht erneut Anspruch nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom Beginn der Kurbehandlung.
9. Die gleichzeitige Inanspruchnahme von Aufwendungen gemäß Absatz 2 Ziffer 9. und Absatz 3 Ziffer 8. ist ausgeschlossen.
10. Kosten, die während eines Auslandsaufenthalts durch medizinisch notwendigen und ärztlich angeordneten Transport eines Erkrankten in ein Krankenhaus in Wohnortnähe bzw. ein anderes geeignetes Krankenhaus in Deutschland entstehen, wenn aufgrund des Krankheitsbilds oder eventueller medizinischer Unterversorgung eine Heilbehandlung am Ort oder in zumutbarer Entfernung nicht durchgeführt werden kann. Zumutbar sind regelmäßig Entfernungen bis 500 Kilometer. Es ist das jeweils kostengünstigste Transportmittel zu wählen, soweit dem nicht medizinische Gründe entgegenstehen.
    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, sind diese Transportkosten nicht eingeschlossen.
11. Kosten für eine Begleitperson: Zu den allgemeinen Krankenhausleistungen wird auch die aus medizinischen Gründen notwendige Mitaufnahme einer Begleitperson des Patienten gerechnet.
12. Als Krankenhäuser gelten über die in Teil I Absatz 4 genannten hinaus auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.
13. In Abweichung von Teil I Absatz 5 Satz 1 gewährt der Versicherer die tariflichen Leistungen auch ohne vorherige schriftliche Zusage, wenn
    a) es sich um eine Notfalleinweisung handelte,
    b) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Wohnorts des Versicherten war,
    c) während des Aufenthalts in der Krankenanstalt eine akute Erkrankung auftrat, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erforderte, oder
    d) er bei einer nachträglichen Prüfung der ärztlichen Berichte feststellt, dass er bei fristgerechtem Antrag eine Zusage gegeben hätte.
    e) eine maximal 21 Tage dauernde medizinisch notwendige Anschlussheilbehandlung (AHB) innerhalb von 28 Tagen nach dem Ende einer Krankenhausbehandlung, für die der Versicherer leistungspflichtig ist, beginnt. Diese Frist gilt nicht, wenn die Anschlussheilbehandlung aus medizinischen Gründen nicht angetreten werden kann. Die Frist gilt auch dann nicht, wenn kein Platz in einer geeigneten Einrichtung zur Verfügung steht und dies dem Versicherer spätestens am letzten Tag der Frist angezeigt wird.
    Gleiches gilt für Aufwendungen für eine maximal 21 Tage dauernde medizinisch notwendige postprimäre bzw. weiterführende Rehabilitation, wenn eine Anschlussheilbehandlung aus medizinischer Sicht nicht oder noch nicht möglich ist.
    Dauert die Anschlussheilbehandlung oder die postprimäre bzw. weiterführende Rehabilitation länger als 21 Tage, bedarf es jeweils ab dem 22. Tag jeweils einer Zusage durch den Versicherer. Diese wird bei Vorliegen einer entsprechenden medizinischen Indikation erteilt.
    Bestehen Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern (wie die gesetzlichen Rehabilitationsträger, Berufsgenossenschaften), sind diese vorrangig in Anspruch zu nehmen.
    Im Übrigen bleibt die Einschränkung von § 5 Teil I Absatz 1 Buchstabe d) in Verbindung mit § 5 Teil II Absatz 4 unberührt.
14. Aufwendungen für Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen (ausgenommen Nikotinsucht) in entsprechend qualifizierten Einrichtungen, soweit kein anderer Kostenträger leistungspflichtig ist und vor Behandlungsbeginn eine schriftliche Leistungszusage des Versicherers gegeben wurde. Abgedeckt sind die Aufwendungen für die allgemeinen Krankenhausleistungen. Der erstattungsfähige Rechnungsbetrag wird um eine Eigenbeteiligung des Versicherten in Höhe von 30 Prozent gekürzt. Der Anspruch ist während der gesamten Vertragsdauer auf insgesamt drei Entwöhnungsbehandlungen begrenzt, unabhängig davon, ob diese ambulant oder stationär erfolgen. Die Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Suchterkrankungen vorliegen.
    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
15. Bei notwendigem stationärem Hospizaufenthalt wird die Leistung erbracht, die von der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland erbracht würde. Die Leistung ist zunächst auf vier Wochen begrenzt. Verlängerungen sind auf Antrag des Hospizarztes möglich. Leistungen anderer Kostenträger, zum Beispiel aus der Pflegeversicherung, werden angerechnet.
    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

16. Aufwendungen für die Nutzung digitaler Gesundheitsanwendungen. Als solche gelten die unter Absatz 2 Ziffer 13. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch einen behandelnden Arzt oder Zahnarzt bzw. Psychotherapeuten.
    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

(4) Tarife für zahnärztliche Behandlung

Es werden in tariflichem Umfang die Aufwendungen für medizinisch notwendige Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie sowie die Aufwendungen für die Erstellung des Heil- und Kostenplans ersetzt. Abrechnungsgrundlage ist die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) oder gegebenenfalls die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der jeweils gültigen Fassung. Werden die genannten Heilbehandlungen während eines Auslandsaufenthalts durchgeführt, so wird vom Versicherer ein ortsübliches Honorar akzeptiert. § 1 Teil I Absatz 5 bleibt unberührt.

1. Als Aufwendungen für Zahnbehandlung gelten die Gebühren für
    a) allgemeine zahnärztliche Leistungen, soweit sie nicht in Zusammenhang mit Aufwendungen für Zahnersatz und/oder Kieferorthopädie stehen,
    b) prophylaktische Leistungen wie Beratung zur Verhütung von Karies und Parodontose (jedoch ab dem vollendeten 21. Lebensjahr nur noch einmal pro Kalenderjahr), Kariesvorbeugung durch lokale Fluoridierung oder lokale Anwendung von Medikamenten sowie professionelle Zahnreinigung,
    c) konservierende Leistungen (zum Beispiel Versiegelungen, Füllungen, Inlays und Wurzelbehandlungen), nicht jedoch für Kronen,
    d) chirurgische Leistungen (zum Beispiel Zahnextraktionen, Wurzelspitzenresektionen, Zystenoperationen, Excisionen, Osteotomien und Sequestrotomien),
    e) Leistungen bei Erkrankungen der Mundschleimhaut und des Parodontiums,
    f) zahnärztliche Röntgendiagnostik,
    g) Leistungen zur Eingliederung von Aufbissbehelfen und Schienen,
    h) die zu den Leistungen gemäß 1 a) bis 1 g) gehörigen Material- und Laborkosten.
    i) Zu Zahnbehandlung zählen auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Rahmen einer Zahnbehandlungsmaßnahme, für die Leistungspflicht besteht, verordnet wurden. Als Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gelten die unter Absatz 2 Ziffer 13. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch den behandelnden Zahnarzt.
    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
2. Als Aufwendungen für Zahnersatz gelten die Gebühren für
    a) Kronen und Teleskopkronen sowie Onlays,
    b) prothetische Leistungen (wie Brücken, Stiftzähne, Voll- oder Teilprothesen und deren Reparatur),
    c) implantologische Leistungen (Implantate, Knochenaufbau und Sinuslift) einschließlich Suprakonstruktionen,
    d) funktionsanalytische und funktionstherapeutische Leistungen (Gebissfunktionsprüfung),
    e) die zu den Leistungen gemäß 2 a) bis 2 d) gehörigen Material- und Laborkosten und die damit in Zusammenhang stehenden Behandlungskosten.
    f) Zu Zahnersatz zählen auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Rahmen einer Zahnersatzmaßnahme, für die Leistungspflicht besteht, verordnet wurden. Als Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gelten die unter Absatz 2 Ziffer 13. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch den behandelnden Zahnarzt.
    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.
3. Als Aufwendungen für Kieferorthopädie gelten die Gebühren für die Beseitigung von Kiefer- und Zahnfehlstellungen einschließlich der zugehörigen Material- und Laborkosten.
    Zu Kieferorthopädie zählen auch Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen, die im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung, für die Leistungspflicht besteht, verordnet wurden. Als Aufwendungen für digitale Gesundheitsanwendungen gelten die unter Absatz 2 Ziffer 13. beschriebenen Aufwendungen entsprechend; die Verordnung erfolgt hiervon abweichend durch den behandelnden Kieferorthopäden bzw. Zahnarzt.
    Für Krankheitskostenzusatztarife, in denen Versicherungsfähigkeit für Versicherte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist Kostenerstattung nicht eingeschlossen.

(5) Tarife für Krankenhaustagegeld

1. Die Versicherungsleistungen unterliegen keiner zeitlichen Begrenzung, ausgenommen die Leistungen für Tuberkulose und psychische Erkrankungen und Störungen.
2. Bei stationärer Behandlung tuberkulöser Erkrankungen in Tbc-Heilstätten oder Tbc-Sanatorien werden die tariflichen Leistungen bis zur Dauer von 13 Wochen gezahlt. Versicherte, die diese Leistungen erhielten, haben nach Ablauf von drei Jahren, gerechnet vom letzten Tag an, für den eine Leistung gezahlt wurde, Anspruch auf eine einmalige Wiederholung der gleichen Leistungen.
3. Bei stationärer Behandlung von psychischen Erkrankungen und Störungen – gleich welchen Ursprungs – werden die tariflichen Leistungen bis zur Dauer von 13 Wochen innerhalb der Vertragsdauer gezahlt.
4. Bei einer ärztlich angeordneten stationären Heilbehandlung im Sanitätsbereich der Bundeswehr wird vom sechsten Tage an die tarifliche Leistung gezahlt, wenn durch Vorlage einer bundeswehrärztlichen Bescheinigung nachgewiesen wird, dass die Behandlung anstelle einer objektiv-medizinisch notwendigen Krankenhausbehandlung durchgeführt wird.
5. Als Krankenhäuser gelten über die in Teil I Absatz 4 genannten hinaus auch Bundeswehrkrankenhäuser und Lazarette.
6. Teil II Absatz 3 Ziffer 13. gilt entsprechend.

§ 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 Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;

f) (entfallen);

g) für Behandlungen durch Ehegatten, Lebenspartner gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;

h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.

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

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

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

Teil II

(1) Die Leistungseinschränkung für durch Kriegsereignisse verursachte Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie durch Kriegsereignisse verursachte Folgen von Unfällen und für Todesfälle nach Teil I Absatz 1 a) entfällt, wenn die versicherte Person außerhalb Deutschlands vom Eintritt eines solchen Ereignisses überrascht wird und objektiv aus Gründen, die sie nicht zu vertreten hat, am Verlassen des betroffenen Gebiets gehindert ist.

(2) Entgiftungsmaßnahmen fallen nicht unter die in Teil I Absatz 1 b) aufgeführten Einschränkungen. Entwöhnungsbehandlungen bei Suchterkrankungen (ausgenommen Nikotinsucht) werden abweichend von Teil I Absatz 1 Buchstabe b) in dem in § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 12. und Absatz 3 Ziffer 14. geschilderten Rahmen vom Versicherungsschutz erfasst.

(3) Die Einschränkung nach Teil I Absatz 1 e) entfällt.

(4) Anschlussheilbehandlungen fallen abweichend von Teil I Absatz 1 Buchstabe d) in dem in § 4 Teil II Absatz 2 Ziffer 14. und Absatz 3 Ziffer 13. Buchstabe e) geschilderten Rahmen in den Versicherungsschutz.

§ 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. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

Teil II

(1) Es sind die Originalrechnungen oder Duplikate mit Erstattungsangaben anderer Kostenträger einzureichen. Diese müssen enthalten: Namen der behandelten Person, Bezeichnung der Krankheit, Leistungen des Arztes mit Ziffern der Gebührenordnung bzw. bei Auslandsbehandlungen Aufstellung der Einzelleistungen, die Behandlungsdaten sowie Beginn und Ende der stationären Krankenhausbehandlung. Außerdem muss nachgewiesen werden, in welcher Pflegeklasse des Krankenhauses die Behandlung stattgefunden hat. Verordnungen sind zusammen mit der Behandlungskostenrechnung vorzulegen.

(2) Für die Auszahlung des Krankenhaustagegelds genügt die Vorlage einer Bescheinigung des Krankenhauses, aus der der Name des Patienten, Bezeichnung der behandelten Krankheit sowie Beginn und Ende der stationären Heilbehandlung hervorgehen müssen.

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

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

§ 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 Versicherungsscheins 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 Prozent 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 Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags 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 aufgrund 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) Der Versicherer gewährt einen Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von 2 Prozent bei halbjährlicher bzw. 4 Prozent bei jährlicher Beitragszahlung.

(2) Beginnt der Versicherungsschutz nicht am Ersten des Geburtsmonats oder endet die Versicherung nicht zum Monatsende, so wird für jeden versicherten Tag 1/30 des Monatsbeitrags erhoben.

(3) Abweichend von Teil I Absatz 4 ist der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate sofort nach Zugang des Versicherungsscheins fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

(4) Beitragsrückerstattung
Eine erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung wird nach Maßgabe der Satzung gewährt.

(5) Der Versicherer ist berechtigt, in der gesetzlich zulässigen Höhe die ihm entstandenen Mahnkosten und von Dritten in Rechnung gestellte Kosten und Gebühren (zum Beispiel Retourgebühren) geltend zu machen.

§ 8a 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 (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) 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 versi-

cherten 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

(1)

1. **Die Beiträge werden bei Vertragsabschluss nach dem Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt. Als Eintrittsalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem Jahr des Versicherungsbeginns.**
2. **Kinder zahlen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 16. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Beitrag für Jugendliche. Jugendliche zahlen ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 21. Lebensjahr vollenden, den im Tarif vorgesehenen Erwachsenenbeitrag des Alters 21.**
3. **Für erhöhte Risiken können Beitragszuschläge vereinbart werden.**

(2) Zur Finanzierung einer Anwartschaft auf Beitragsermäßigung im Alter werden der Alterungsrückstellung aller Versicherten von Krankheitskostentarifen, für die eine Alterungsrückstellung über das 65. Lebensjahr hinaus zu bilden ist, zusätzliche Beträge nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes und der Krankenversicherungsaufsichtsverordnung jährlich zugeschrieben und verwendet.

§ 8b Beitragsanpassung

Teil I

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers zum Beispiel 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) (entfallen)

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

Teil II

(1) Der im Teil I Absatz 1 genannte Vomhundertsatz beträgt 5 Prozent.

(2) Bei Krankenhauskostentarifen wird bei Beitragsanpassungen gleichzeitig geprüft, ob eine Erhöhung im Tarif genannter Krankenhaustagegelder und Mindestleistungen möglich ist.

§ 9 Obliegenheiten

Teil I

(1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen zehn 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 Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.

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

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

(5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein 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

Auf die Anzeige einer Krankenhausbehandlung gemäß Teil I Absatz 1 wird verzichtet. § 4 Teil I Absatz 5 bleibt hiervon unberührt.

§ 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 Forderungsübergangs 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 infolgedessen 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 aufgrund des Versicherungsvertrags 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 die Krankheitskosten-Versicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrags 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 Schluss 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 Absatz 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 Vertrags (§ 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 Übertragungswerts 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

(1) Der Versicherungsvertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen. Eine bedingungsgemäße Kündigung ist erstmals zum Ablauf von 24 Monaten nach Vertragsbeginn möglich. Danach kann das Versicherungsverhältnis immer nur zum Ende eines Versicherungsjahres gekündigt werden. Das Versicherungsjahr fällt mit dem Kalenderjahr zusammen.

(2) Vertragsänderungen, gleich welcher Art, haben keinen Einfluss auf das Versicherungsjahr.

(3) Die Kündigung gemäß Teil I Absatz 3 kann zum Tag des Eintritts der Versicherungspflicht, der entsprechend nachzuweisen ist, erklärt werden. Hiermit endet dann der Versicherungsschutz gemäß § 7 Teil I.

(4) Bei Kündigungen nach Teil I Absatz 3 besteht das Recht, ohne erneute Risikoprüfung und ohne erneute Wartezeiten den nicht durch die Pflichtversicherung ersetzten Teil des bisherigen Versicherungsschutzes als Krankheitskosten-Teilversicherung im unmittelbaren Anschluss fortzuführen, wenn der Fortsetzungswunsch zugleich mit der Kündigung erklärt wird.

(5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt aus der Bundesrepublik Deutschland und wird sie durch die Gesetzgebung des aufnehmenden Landes krankenversicherungspflichtig, besteht gleichfalls ein Kündi-

gungsrecht gemäß Teil I Absatz 3. Neben dem Nachweis über den Eintritt der Versicherungspflicht im Ausland ist dem Versicherer zugleich die Abmeldebescheinigung aus der Bundesrepublik Deutschland einzureichen.

(6) **Teil I Absatz 8 Satz 2 gilt nicht für Tarife mit Übertragungswert, wenn der Vertrag vor dem 1. Januar 2009 mit Tarifen ohne Übertragungswert abgeschlossen und zu einem späteren Zeitpunkt beim Versicherer in Tarife mit Übertragungswert umgestellt wurde. Der Aufbau des mitgabefähigen Übertragungswerts beginnt in diesem Fall ab Beginn der Versicherung in den Tarifen mit Übertragungswert.**

§ 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 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

Teil II

Die in Teil I Absatz 2 beschriebene Kündigungsmöglichkeit gilt nicht für Krankheitskosten-Teilversicherungen.

§ 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 Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Teil II

(1) **Wegfall der Versicherungsfähigkeit in Tarifen für Versicherte gesetzlicher Krankenkassen (GKV)**
Die Beendigung der Mitgliedschaft bzw. der Wegfall des Anspruchs auf Familienversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung ist dem Versicherer unverzüglich mitzuteilen. Das Versicherungsverhältnis endet insoweit zum Zeitpunkt des Eintritts der Veränderung. Der Nachweis über die Veränderung muss dem Versicherer innerhalb von drei Monaten ab dem Änderungszeitpunkt zugehen. Die Fortsetzung der Versicherung nach einem anderen Tarif des Versicherers, in dem die versicherte Person versicherungsfähig ist, kann in Textform beantragt werden.

(2) **Entsprechend § 1 Teil II Absatz 3 zählt die Schweiz nicht zu den von der Regelung in Teil I Absatz 3 betroffenen Staaten.**

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Teil I

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

Teil II

Vermindert sich der Beihilfebemessungssatz für eine versicherte Person oder entfällt die Beihilfeberechtigung, so erfolgt auf Antrag des Versicherungsnehmers eine entsprechende Anpassung der Krankheitskosten-Versicherung (Erhöhung des Versicherungsschutzes) im Rahmen der bestehenden Tarife. Die erhöhten Leistungen werden ohne erneute Wartezeit oder erneute Risikoprüfung auch für laufende Versicherungsfälle vom Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung an gewährt, soweit hierfür im Rahmen der bereits versicherten Tarife Leistungspflicht gegeben ist. Die Vergünstigungen gemäß Satz 2 finden nur Anwendung, wenn der Antrag auf Erhöhung spätestens innerhalb von sechs Monaten nach Veränderung gestellt wird und der Versicherungsschutz nur soweit erhöht wird, dass er die Verminderung des Beihilfebemessungssatzes oder den Wegfall der Beihilfeberechtigung ausgleicht, jedoch nicht mehr als zur vollen Kostendeckung erforderlich ist. Diese Erhöhung des Versicherungsschutzes kann nur zum Ersten des Monats, in dem der Beihilfebemessungssatz sich ändert oder die Beihilfeberechtigung entfällt, oder zum Ersten des folgenden Monats beantragt und frühestens zum Beginn des Monats wirksam werden, in dem der Antrag beim Versicherer eingeht. Die Gründe für die Veränderung sind anzugeben und auf Verlangen des Versicherers nachzuweisen.

§ 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.

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

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

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 Vertrags, die die in § 257 Absatz 2 a Nr. 2, 2 a und 2 b 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 Absatz 5 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

gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.

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

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Teil I

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrags 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.

Information zu außergerichtlichen Streitbeilegungsverfahren

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Anhang zu unseren Allgemeinen Versicherungsbedingungen

Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

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

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalls beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags 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.

(...)

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalls 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 grober 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 von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls 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 Versicherungsfalls bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.

(...)

§ 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 Versicherungsfalls 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 zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge 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 Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der 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 Euro 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 Euro. 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 und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten 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.

(...)

§ 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.

(...)

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

(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 3 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 Absatz 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 Prozent 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.

Auszug aus dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

(1) (...)

(1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden. Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind jedoch nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt; ein Fachbezug besteht auch für die mit Dialyseleistungen zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten. Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort; die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründet wurden und am 10. Mai 2019 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von ihrem Versorgungsangebot unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.

(...)

§ 257 in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung
Beitragszuschüsse für Beschäftigte

(1) (...)

(2) Beschäftigte, die nur wegen Überschreitens der Jahresarbeitsentgeltgrenze oder aufgrund von § 6 Absatz 3a versicherungsfrei oder die von der Versicherungspflicht befreit und bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versi-

chert sind und für sich und ihre Angehörigen, die bei Versicherungspflicht des Beschäftigten nach § 10 versichert wären, Vertragsleistungen beanspruchen können, die der Art nach den Leistungen dieses Buches entsprechen, erhalten von ihrem Arbeitgeber einen Beitragszuschuss. Der Zuschuss beträgt die Hälfte des Betrags, der sich unter Anwendung des durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatzes der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der nach § 226 Absatz 1 Satz 1 Nr. 1 und § 232 a Absatz 2 bei Versicherungspflicht zugrunde zu legenden beitragspflichtigen Einnahmen als Beitrag ergibt, höchstens jedoch die Hälfte des Betrags, den der Beschäftigte für seine Krankenversicherung zu zahlen hat. Für Personen, die bei Mitgliedschaft in einer Krankenkasse keinen Anspruch auf Krankengeld hätten, sind bei Berechnung des Zuschusses neun Zehntel des in Satz 2 genannten Beitragssatzes anzuwenden. Für Beschäftigte, die Kurzarbeitergeld nach dem Dritten Buch beziehen, gilt Absatz 1 Satz 3 mit der Maßgabe, dass sie höchstens den Betrag erhalten, den sie tatsächlich zu zahlen haben. Absatz 1 Satz 2 gilt.

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

1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
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 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze nach § 6 Absatz 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 Höchstbeitrags 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,

(...)

Auszug aus dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (Lebenspartnerschaftsgesetz – LPartG)

§ 1 in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung
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 mit einer dritten Person 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 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 Absatz 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.

Tarifbeschreibung (Teil III) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung basierend auf MB/KK 2009 und TB/KK 2013

Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeld-Versicherung für die nachfolgenden Tarife setzen sich zusammen aus Teil I (den Musterbedingungen 2009 des Verbandes der Privaten Krankenversicherung MB/KK 2009), Teil II (den Tarifbedingungen TB/KK 2013) sowie Teil III (der jeweiligen Tarifbeschreibung).

Tarif Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100: Zahn-Ergänzungstarife für GKV-Versicherte

1. Allgemeines

Versicherungsfähig nach diesen Tarifen sind Personen, die Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland (GKV) haben.

Eine Versicherung nach den Tarifen Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100 ist nur möglich, wenn für die zu versichernde Person keine andere private Versicherung mit Zahnleistungen besteht und in der GKV für den zahnärztlichen Versorgungsbereich kein Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde. Durch den Arbeitgeber finanzierte Versicherungen im Rahmen der betrieblichen Krankenversicherung, die nach Versicherungsbeginn des Tarifs Dent70, Dent90, Dent90+ oder Dent100 abgeschlossen werden, gelten nicht als andere private Versicherung mit Zahnleistungen im Sinne dieser Regelung.

Die Versicherung nach den Tarifen Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100 wird nach Art der Schadenversicherung betrieben; es wird keine Alterungsrückstellung gebildet.
Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (Teil I) sowie die zugehörigen Tarifbedingungen (Teil II), soweit in dieser Tarifbeschreibung (Teil III) nicht etwas anderes bestimmt ist.

Die erstattungsfähigen Aufwendungen werden jeweils dem Zeitraum zugerechnet, in dem die Behandlung erfolgte.

2. Leistungen

Erstattungsfähig sind Aufwendungen für medizinisch notwendige zahnärztliche Behandlungen (Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie) gemäß § 4 Teil II Absatz 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

Privatärztliche Rechnungen nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) sind nur dann erstattungsfähig, wenn der Behandelnde über eine Kassenzulassung verfügt und den Teil der Behandlung, der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung erfolgen kann, entsprechend über die GKV abrechnet. Wird stattdessen nur eine reine Privatrechnung erstellt, ohne dass mögliche Leistungen von der GKV in Anspruch genommen werden, besteht aus den Tarifen Dent70, Dent90, Dent90+ und Dent100 kein Leistungsanspruch (Ausnahme ist der tarifliche Leistungsbereich 2. a) 3. reine Privatrechnung für Wurzelbehandlung).

Sofern Anspruch auf Leistungen der GKV besteht, sind auf Verlangen des Versicherers Originalrechnungen oder Duplikate mit einer Bestätigung der GKV über die gewährten Leistungen einzureichen. Die Leistungen der GKV sind jeweils zuerst in Anspruch zu nehmen. Hat der Versicherte in der GKV einen Selbstbehalt zur Beitragsreduzierung vereinbart, zählt dieser gleichfalls als Leistung der GKV; dies gilt ebenso für den in der GKV vorgesehenen Eigenanteil des Versicherten für kieferorthopädische Behandlungen in Höhe von 20 bzw. 10 Prozent, der bis zum Abschluss der Behandlung vom Versicherten vorzustrecken ist.

a) Tarifliche Leistungsbereiche

In nachfolgender Aufzählung sind die erstattungsfähigen tariflichen Leistungsbereiche dargestellt:

1. **professionelle Zahnreinigung** einschließlich **zahnprophylaktischer Leistungen**, wenn die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat; eine eventuelle Vorleistung der GKV wird auf die Erstattung angerechnet;

2. **Zahnbehandlung**, gemäß § 4 Teil II Absatz 4 Ziffer 1 der AVB. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet.
   Der Begriff Zahnbehandlung umfasst insbesondere
   - hochwertige Füllungen,
   - Parodontalbehandlung (dies sind zum Beispiel Keimtest, antibakterielle Therapie, Knochen- und Geweberegeneration, Knochenaufbau, Bindegewebs- und Schleimhauttransplantation; bei fehlendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV wird bei einer Taschentiefe von unter 3,5 mm bei Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit zusätzlich für parodontalchirurgische Therapie geleistet),

- medizinisch notwendige Wurzelbehandlung, für die kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht, weil keines der von der GKV definierten Kriterien (zum Beispiel Erhalt einer geschlossenen Zahnreihe) gegeben ist;
- Mehrkosten für Wurzelbehandlung bei bestehendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV (mit Vorleistung der GKV); dies sind zum Beispiel das Anlegen von Spanngummi/Kofferdam, elektronische Längenmessung, zusätzliche Anwendung elektrophysikalischer/chemischer Methoden sowie der Laser- und Mikroskopzuschlag.

Nicht unter den Begriff Zahnbehandlung im Sinne dieser Ziffer fallen hingegen
- professionelle Zahnreinigung einschließlich zahnprophylaktischer Leistungen (siehe vorherige Ziffer 1),
- Leistungen für Wurzelbehandlung, für die ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht, der jedoch nicht in Anspruch genommen wird (siehe nachfolgende Ziffer 3) und
- Inlays (siehe Ziffer 7);

3. reine **Privatrechnung für Wurzelbehandlung** bei bestehendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV, der jedoch nicht in Anspruch genommen wird (Verzicht auf GKV-Vorleistung);

4. **Zahnersatz (Regelversorgung)**, wenn für die Behandlungsmaßnahme keine privatzahnärztlichen Vergütungsanteile nach GOZ geltend gemacht werden. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;

5. **Zahnersatz (über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige** beziehungsweise von der Regelversorgung **abweichende andersartige Versorgung)**, wenn für die Behandlungsmaßnahme teilweise oder vollständig privatzahnärztliche Vergütungsanteile nach GOZ geltend gemacht werden. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;

6. **Verblendungen** in Verbindung mit medizinisch notwendigem Zahnersatz. Es gilt der Erstattungssatz der zugrunde liegenden Zahnersatzmaßnahme;

7. **Inlays.** Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;

8. **Kieferorthopädie** bei versicherten Personen, die bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung insgesamt kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht;

9. **Kieferorthopädie** bei versicherten Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wenn für eine medizinisch notwendige kieferorthopädische Behandlung insgesamt kein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht;

10. **zusätzliche kieferorthopädische Leistungen** (sogenannte **Mehrleistungen**) bei versicherten Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wenn diese Leistungen in unmittelbarem Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen kieferorthopädischen Behandlung, für die ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV besteht (Einstufung in KIG[1] 3, 4 oder 5), erbracht werden;

11. **schmerz- und angstlindernde Maßnahmen** wie z.B. Akupunktur, Hypnose, Vollnarkose, Lachgassedierung und Dämmerschlaf in einer zahnärztlichen Praxis in Zusammenhang mit einer medizinisch notwendigen zahnärztlichen Maßnahme. Leistungen der GKV werden auf den Erstattungsbetrag angerechnet;

12. **zahnaufhellende Maßnahmen** (z.B. Bleaching) in einer zahnärztlichen Praxis beziehungsweise zahnärztlich begleitet und überwacht, unabhängig vom Vorliegen einer medizinischen Notwendigkeit, sofern die Maßnahme in keinen der Leistungsbereiche der Ziffern 1–11 fällt.

b) Höhe der tariflichen Leistungen

Die tariflichen Leistungen ergeben zusammen mit der Leistung der GKV eine Gesamtleistung (Dent70 zuzüglich GKV, Dent90 zuzüglich GKV, Dent90+ zuzüglich GKV und Dent100 zuzüglich GKV). Die Höhe der tariflichen Leistungen hängt dabei von der Höhe der Leistungen der GKV ab. Besteht kein Anspruch auf Leistungen der GKV oder handelt es sich um eine reine Privatrechnung für Wurzelbehandlung gemäß tariflichem Leistungsbereich 2. a) 3., wird somit die Gesamtleistung in vollem Umfang aus den Tarifen Dent70, Dent90, Dent90+, Dent100 erbracht. Somit entspricht die tarifliche Leistung der Differenz zwischen der in nachfolgender Tabelle angegebenen Gesamtleistung und der GKV-Leistung.

Die jeweilige Gesamtleistung (inklusive GKV-Vorleistung) ergibt sich gemäß nachfolgender Tabelle:
Die angegebenen Erstattungsprozentsätze verstehen sich als Erstattungssätze einschließlich einer eventuellen GKV-Vorleistung.

1 Hinweis zur Kieferorthopädie:
Bei Kindern und Jugendlichen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erfolgt in der GKV eine Einstufung der Zahn- und Kieferfehlstellungen je nach Schwere in sogenannte Kieferorthopädische Indikationsgruppen (KIG 1 bis 5). Bei Einstufung in eine der KIG-Gruppen 3, 4 oder 5 besteht ein Leistungsanspruch gegenüber der GKV (ausgenommen für Mehrleistungen).

Tarifliche Leistungsbereiche gemäß Buchstabe a)	Dent70	Dent90	Dent90+	Dent100
Professionelle Zahnreinigung einschließlich zahnprophylaktischer Leistungen gemäß Ziffer 1	100 Prozent 1 x bis zu 70 € pro Kalenderjahr	100 Prozent max. 2 x bis zu 100 €, jedoch insgesamt max. 160 €, pro Kalenderjahr	100 Prozent max. 2 x bis zu 100 €, jedoch insgesamt max. 160 €, pro Kalenderjahr	100 Prozent max. 2 x bis zu 120 €, jedoch insgesamt max. 200 €, pro Kalenderjahr
Zahnbehandlung gemäß Ziffer 2	75 Prozent	100 Prozent	100 Prozent	100 Prozent
Privatrechnung für Wurzelbehandlung bei bestehendem Leistungsanspruch gegenüber der GKV gemäß Ziffer 3	–	50 Prozent	50 Prozent	50 Prozent
Zahnersatz (Regelversorgung) gemäß Ziffer 4	100 Prozent	100 Prozent	100 Prozent	100 Prozent
Zahnersatz (über die Regelversorgung hinausgehende gleichartige oder abweichende andersartige Versorgung) gemäß Ziffer 5	70 Prozent	80/90 Prozent[1]	90 Prozent	90/100 Prozent[2]
Verblendungen gemäß Ziffer 6 in Zusammenhang mit Zahnersatzmaßnahmen gemäß Ziffer 4 oder 5 entsprechend dem Erstattungsprozentsatz für die Zahnersatzmaßnahme	an den Zähnen 1 bis einschließlich 5 je Kieferhälfte	an den Zähnen 1 bis einschließlich 6 je Kieferhälfte	an den Zähnen 1 bis einschließlich 6 je Kieferhälfte	an den Zähnen 1 bis einschließlich 7 je Kieferhälfte
Inlays gemäß Ziffer 7	70 Prozent	80/90 Prozent[3]	90 Prozent	90/100 Prozent[4]
Kieferorthopädie bei versicherten Personen, die bei Behandlungsbeginn das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, gemäß Ziffer 8	–	90 Prozent, wenn die Behandlung unfallbedingt notwendig wird	90 Prozent, wenn die Behandlung unfallbedingt notwendig wird	90 Prozent
Kieferorthopädie bei versicherten Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, gemäß Ziffer 9	70 Prozent	80 Prozent	90 Prozent	90 Prozent
Zusätzliche kieferorthopädische Leistungen (sogenannte Mehrleistungen) gemäß Ziffer 10	70 Prozent max. 1.000 € während der Vertragslaufzeit	80 Prozent max. 1.000 € während der Vertragslaufzeit	90 Prozent max. 1.500 € während der Vertragslaufzeit	90 Prozent max. 2.000 € während der Vertragslaufzeit
Schmerz- und angstlindernde Maßnahmen gemäß Ziffer 11	–	–	100 Prozent max. 250 € pro Kalenderjahr	100 Prozent max. 350 € pro Kalenderjahr
Zahnaufhellende Maßnahmen gemäß Ziffer 12	–	–	–	100 Prozent max. 300 € innerhalb zweier Kalenderjahre

Empfehlung
Bei umfangreichen Behandlungen wird die Vorlage eines Heil- und Kostenplans vor Behandlungsbeginn empfohlen. Im Fall einer kieferorthopädischen Behandlung zählt hierzu auch die KIG-Einstufung durch den Behandelnden. Der Versicherer prüft die Unterlagen unverzüglich und gibt über die zu erwartende Versicherungsleistung schriftlich Auskunft.

1 Hinweis zur Erstattung von Zahnersatz und Inlays:
Kann der Versicherte, zum Beispiel durch ein Bonusheft oder einen von der GKV genehmigten Heil- und Kostenplan, für die dem Behandlungsbeginn vorangehenden fünf Kalenderjahre die jährliche Teilnahme an zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen nachweisen, so gilt der jeweils höhere ausgewiesene Erstattungsprozentsatz.
2 siehe Fußnote 1 auf dieser Seite
3 siehe Fußnote 1 auf dieser Seite
4 siehe Fußnote 1 auf dieser Seite

c) Summenmäßige Begrenzungen der tariflichen Leistung

Die gemäß Buchstabe b) ermittelte tarifliche Leistung ist begrenzt auf

Tarif	Dent70	Dent90	Dent90+	Dent100
im ersten Kalenderjahr	500 €	1.000 €	1.000 €	1.500 €
in den ersten 2 Kalenderjahren	1.000 €	2.000 €	2.000 €	3.000 €
in den ersten 3 Kalenderjahren	1.500 €	3.000 €	3.000 €	4.500 €
in den ersten 4 Kalenderjahren	2.000 €	4.000 €	4.000 €	6.000 €
in den ersten 5 Kalenderjahren	2.500 €	5.000 €	5.000 €	7.500 €
ab Beginn des 6. Kalenderjahres	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt	unbegrenzt

jeweils ab Versicherungsbeginn nach einem der Tarife Dent70/Dent90/Dent90+/Dent100 gerechnet.

Die Begrenzungen entfallen, wenn die erstattungsfähigen Aufwendungen nachweislich auf einen nach Versicherungsbeginn eingetretenen Unfall zurückzuführen sind.

3. Ergänzende Tarifbestimmungen

Abweichend von § 1 Teil II Absatz 4 der AVB kann der Tarif selbstständig abgeschlossen werden.

Abweichend von § 3 Teil I Absatz 3 und § 3 Teil II Absatz 2 der AVB entfallen bei erstmaligem Abschluss eines Zahn-Ergänzungstarifs für die versicherte Person beim Versicherer die Wartezeiten. Gemäß § 3 Teil I Absatz 6 der AVB gelten bei Vertragsänderungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes die Wartezeitregelungen.

Abweichend von § 8a Teil I Absatz 2 der AVB wird die Versicherung nach Art der Schadenversicherung betrieben, insbesondere wird für Verträge nach diesem Tarif keine Alterungsrückstellung gebildet.

Ergänzend zu § 8a Teil II Absatz 1 Ziffer 2 der AVB bestimmt sich der Beitrag für erwachsene Versicherte der Tarife Dent70, Dent90 und Dent90+ ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 34., 41., 46., 51., 56. oder 61. Lebensjahr vollenden, nach dem Beitrag, der im jeweiligen Kalenderjahr dem Neuzugangsbeitrag ihres tariflichen Lebensalters entspricht.
Ergänzend zu § 8a Teil II Absatz 1 Ziffer 2 der AVB bestimmt sich der Beitrag für erwachsene Versicherte des Tarifs Dent100 ab 1. Januar des Kalenderjahres, in dem sie das 41., 46., 51., 56 oder 61. Lebensjahr vollenden, nach dem Beitrag, der im jeweiligen Kalenderjahr dem Neuzugangsbeitrag ihres tariflichen Lebensalters entspricht.
Als tarifliches Lebensalter gilt der Unterschied zwischen dem Jahr der Geburt und dem erreichten Kalenderjahr.

4. Anpassung des Versicherungsschutzes

Der Versicherer ist unter den Voraussetzungen von § 18 Teil I Absatz 1 der AVB berechtigt, auch tariflich vorgesehene Höchstbeträge mit Wirkung für bestehende Versicherungsverhältnisse, auch für den noch nicht abgelaufenen Teil des Versicherungsjahres, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders den veränderten Verhältnissen anzupassen. Diese Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt, sofern nicht mit Zustimmung des Treuhänders ein anderer Zeitpunkt bestimmt wird.

Ergänzende Unterlagen zum Antrag

Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

In der Presse und in der Öffentlichkeit werden im Zusammenhang mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung Begriffe gebraucht, die erklärungsbedürftig sind. Dieses Informationsblatt will Ihnen die Prinzipien der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung kurz erläutern.

Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung

In der gesetzlichen Krankenversicherung besteht das **Solidaritätsprinzip**. Dies bedeutet, dass die Höhe des Beitrags nicht in erster Linie vom im Wesentlichen gesetzlich festgelegten Leistungsumfang, sondern von der nach bestimmten Pauschalregeln ermittelten individuellen Leistungsfähigkeit des versicherten Mitglieds abhängt. Die Beiträge werden regelmäßig als Prozentsatz des Einkommens bemessen.

Weiterhin wird das Versicherungsentgelt im **Umlageverfahren** erhoben. Dies bedeutet, dass alle Aufwendungen im Kalenderjahr durch die in diesem Jahr eingehenden Beiträge gedeckt werden. Außer einer gesetzlichen Rücklage werden keine weiteren Rückstellungen gebildet.

Unter bestimmten Voraussetzungen sind **Ehegatten** und **Kinder** beitragsfrei mitversichert.

Prinzipien der privaten Krankenversicherung

In der privaten Krankenversicherung ist für jede versicherte Person ein **eigener Beitrag** zu zahlen. Die Höhe des Beitrags richtet sich nach dem Alter und nach dem Gesundheitszustand der versicherten Person bei Vertragsabschluss sowie nach dem abgeschlossenen Tarif. Es werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen berechnete risikogerechte Beiträge erhoben.

Die altersbedingte höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird durch eine Alterungsrückstellung berücksichtigt. Bei der Kalkulation wird unterstellt, dass sich die Kosten im Gesundheitswesen nicht erhöhen und die Beiträge nicht allein wegen des Älterwerdens des Versicherten steigen. Dieses Kalkulationsverfahren bezeichnet man als **Anwartschaftsdeckungsverfahren** oder **Kapitaldeckungsverfahren**.

Ein Wechsel des privaten Krankenversicherungsunternehmens ist in der Regel zum Ablauf des Versicherungsjahres möglich. Dabei ist zu beachten, dass für die Krankenversicherer – mit Ausnahme der Versicherung im Basistarif – keine Annahmeverpflichtung besteht, der neue Versicherer wiederum eine Gesundheitsprüfung durchführt und die Beiträge zum dann erreichten Alter erhoben werden. Ein Teil der kalkulierten Alterungsrückstellung kann an den neuen Versicherer übertragen werden.[1] Der übrige Teil kann bei Abschluss eines Zusatztarifs auf dessen Prämie angerechnet werden; andernfalls verbleibt er bei dem bisherigen Versichertenkollektiv. Eine Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung ist in der Regel, insbesondere im Alter, ausgeschlossen.

1 Waren Sie bereits vor dem 1. Januar 2009 privat krankenversichert, gelten für Sie Sonderregelungen. Bitte informieren Sie sich gegebenenfalls gesondert über diese Regelungen.