



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für den BudgetSelect privat 600 - Tarif Budget (KV200_202208)

Für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und Personen mit Anspruch auf Heilfürsorge

Sehr geehrte Versicherungsnehmerin, sehr geehrter Versicherungsnehmer,

diese AVB sind die Grundlage für unser gemeinsames Vertragsverhältnis. Der vereinbarte Versicherungsschutz ergibt sich aus dem Versicherungsantrag, diesen AVB, dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen und den gesetzlichen Vorschriften. Es gilt deutsches Recht.

Personen- und Funktionsbezeichnungen stehen für alle Geschlechter gleichermaßen.

Inhaltsverzeichnis

- | | |
|--|--|
| 1. Wer kann versichert werden? | 12. Welche Obliegenheiten (Pflichten) haben Sie und die versicherten Personen? |
| 2. Wann liegt ein Versicherungsfall vor? | 13. Was geschieht, wenn diese Obliegenheiten (Pflichten) verletzt werden? |
| 3. Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall? | 14. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag? |
| 4. Wann leisten wir nicht oder nur eingeschränkt? | 15. Wann können Sie den Vertrag kündigen? |
| 5. Was ist im Versicherungsfall zu beachten? | 16. Wann können wir den Vertrag kündigen? |
| 6. Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er? | 17. Aus welchen anderen Gründen kann der Vertrag enden? |
| 7. Sind Wartezeiten zu beachten? | 18. Was gilt für Mitteilungen an uns? |
| 8. Was gilt für die Versicherungsbeiträge? | 19. Wo können Sie sich beschweren? Welche Aufsichtsbehörde ist zuständig? |
| 9. Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten? | 20. Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen? |
| 10. Wann können sich die Versicherungsbeiträge ändern? | |
| 11. Wann können wir diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern? | |

1. Wer kann versichert werden?

Es können nur Personen versichert werden, die in der deutschen GKV versichert sind oder Anspruch auf Heilfürsorge haben. Mit Ablauf des Monats, in dem für eine versicherte Person die Versicherung in der deutschen GKV endet bzw. der Anspruch auf Heilfürsorge entfällt, endet auch das Versicherungsverhältnis für diese Person. Außerdem müssen Sie (als Versicherungsnehmer) Ihren ständigen Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland haben. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz ins Ausland, beachten Sie bitte die Regelungen in Punkt 17.

2. Wann liegt ein Versicherungsfall vor?

Wir bieten Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Heilbehandlungen durch einen Heilpraktiker (siehe Punkt 3.1 d), Naturheilverfahren durch einen Arzt (siehe Punkt 3.1 e), osteopathische Leistungen durch einen Spezialisten (siehe Punkt 3.1 f), Vorsorgeuntersuchungen (siehe Punkt 3.1 g), Schutzimpfungen (siehe Punkt 3.1 h), Sehhilfen, Laserverfahren, Linsenaustausch (siehe Punkte 3.1.2 a - c), gesetzliche Zuzahlungen (siehe Punkt 3.1 i), Arznei- und Verbandmittel, Heil- und Hilfsmittel (siehe Punkt 3.1 j und k), Zahnprophylaxe, Zahnbehandlung und Zahnaufhellende Maßnahmen (siehe Punkt 3.1 l - n). Der Versicherungsfall beginnt mit der Untersuchung bzw. der Behandlung. Der Versicherungsschutz gilt dabei weltweit.

3. Welche Leistungen erbringen wir im Versicherungsfall?

3.1 Welche Kosten erstatten wir und bis zu welchem Betrag?

Das jährliche Budget von 600 EUR können Sie flexibel auf die folgenden Leistungen unter Punkt 3.1 a - 3.1 n aufteilen. Bitte beachten Sie, dass innerhalb des Budgets die Leistungen für Sehhilfen unter Punkt 3.1 a im Kalenderjahr auf das hälftige Budget begrenzt sind, also 300 EUR. Die unter Punkt 3.1 a bis 3.1 n aufgeführten Kosten übernehmen wir pro versicherte Person und Kalenderjahr. Die Kosten werden dabei dem Kalenderjahr zugeordnet, in dem sie entstanden sind (Behandlungs- bzw. Bezugsdatum). Nach Ablauf eines Kalenderjahres haben Sie ab dem 01.01. des Folgejahres einen neuen Anspruch auf Leistungen. Wurde der Höchstleistungsbetrag, d. h. das Budget innerhalb eines Kalenderjahres erreicht, erfolgt keine weitere Erstattung für die unten aufgeführten Leistungen. Nicht voll beanspruchtes Budget kann nicht ins darauffolgende Kalenderjahr übertragen werden. Sollte der Versicherungsbeginn unterjährig sein, haben Sie in diesem Kalenderjahr trotzdem den Anspruch auf das volle Budget.

a) Sehhilfen

Wir erstatten anfallende Kosten für Sehhilfen (Brillengestelle, Gläser und Kontaktlinsen, auch Sonnenbrillen mit Korrekturgläsern), die zum Ausgleich Ihrer Fehlsichtigkeit dienen, bis zur maximalen Erstattungshöhe des hälftigen jährlichen Budgets. Dies umfasst die erstmalige Ausstattung und die notwendige Änderung, Instandsetzung (Reparatur) und Ersatzbeschaffung von Sehhilfen. Eine Verordnung des Augenarztes ist nicht erforderlich. Bitte reichen Sie uns die Rechnung des Optikers unter Angabe der Dioptrienwerte ein.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

b) Laserverfahren

Wir erstatten anfallende Kosten für Laserbehandlungen zur Sehschärfenkorrektur (z. B. LASEK, LASIK). Dies schließt Vor- und Nachuntersuchungen mit ein.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

c) Refraktiver Linsenaustausch

Wir erstatten anfallende Kosten für refraktiven Linsenaustausch (RLE). Dies schließt Vor- und Nachuntersuchungen mit ein.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

d) Heilbehandlung durch Heilpraktiker

Wir erstatten anfallende Kosten für Untersuchungen und Behandlungen durch Heilpraktiker nach dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebüH) bis zu den darin aufgeführten Höchstsätzen. Das schließt auch verordnete Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen mit ein.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

e) Naturheilverfahren durch Ärzte

Wir erstatten anfallende Kosten für im Hufeland-Leistungsverzeichnis aufgeführte Untersuchungen und Behandlungen durch Ärzte. Das schließt auch verordnete Arznei-, Heil- und Verbandmittel sowie in Auftrag gegebene Laboruntersuchungen mit ein.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).



f) Osteopathische Leistungen

Wir erstatten anfallende Kosten für osteopathische Leistungen, wenn diese

- medizinisch anerkannt sind, eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihrer Verschlimmerung entgegenzuwirken oder Krankheitsbeschwerden zu lindern und
- von einem Arzt auf einem Privat Rezept verordnet wurden.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

g) Vorsorge/Individuelle Gesundheitsleistungen

Wir erstatten anfallende Kosten für die im Folgenden aufgeführten Vorsorgeuntersuchungen/Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL).

Im Rahmen der Allgemeinen Vorsorge:

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

Im Rahmen der Schwangerschaftsvorsorge:

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

Im Rahmen der Krebsvorsorge:

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

Im Rahmen der Kinder- und Jugendlichenvorsorge:

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

Kann sich dieser Vorsorgekatalog weiterentwickeln?

Die erstattungsfähigen Vorsorgeuntersuchungen werden von uns regelmäßig auf einen Anpassungsbedarf im Hinblick auf geänderte medizinische Standards überprüft und mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders gegebenenfalls angepasst. Das gilt sowohl für Neukunden als auch für bestehende Verträge.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

h) Schutzimpfungen inklusive Impfstoff

Wir erstatten anfallende Kosten für die von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen sowie die Kosten für Malaria-Prophylaxe, Reiseschutzimpfungen nach der Reiseempfehlung der STIKO, Schutzimpfungen gegen FSME, Gelbfieber, Hepatitis, Tollwut und Typhus.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

i) Gesetzliche Zuzahlungen nach Sozialgesetzbuch (SGB V)

Wir erstatten folgende Zuzahlungen, die Sie nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in der jeweils gültigen Fassung zu tragen haben:

- Arznei- und Verbandmittel (§ 31 Abs. 3 SGB V)
- Heilmittel (§ 32 Abs. 2 SGB V)
- Hilfsmittel (§ 33 Abs. 8 SGB V)
- stationäre Krankenhausbehandlungen (§ 39 Abs. 4 SGB V)
- medizinische Rehabilitation (§ 40 Abs. 5 und 6 SGB V)
- medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter (§ 41 Abs. 3 SGB V) und
- stationäre Transportkosten (§ 60 Abs. 2 SGB V)

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

j) Arznei- und Verbandmittel

Wir erstatten anfallende Kosten für Arznei- und Verbandmittel, sofern diese zur Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten oder Unfallfolgen medizinisch notwendig sind. Wir zahlen auch ärztlich empfohlene, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Zusammenfassend erkennen wir folgende Rezeptarten an:

- Kassenrezept
- Privat Rezept
- Rezept für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Ausgeschlossen sind solche Mittel, die Ihrer individuellen Lebensführung dienen (z. B. Mittel zur Potenzsteigerung, Mittel zur Gewichtsreduzierung, Haarwuchsmittel, Mittel zur Schwangerschaftsverhütung). Ausgeschlossen sind auch Nähr- und Stärkungsmittel sowie kosmetische Mittel und Vitaminpräparate.

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

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

k) Heil- und Hilfsmittel (ohne Sehhilfen)

Wir erstatten anfallende Kosten für ärztlich verordnete Heil- und Hilfsmittel. Wir erkennen folgende Rezeptarten an:

- Kassenrezept
- Privat Rezept

Die Heil- und Hilfsmittel müssen von einem Arzt oder einem Heilpraktiker verordnet worden sein.

Zu Heilmitteln gehören z. B. medizinische Bäder, Massagen, Logopädie, Ergotherapie, Inhalationen sowie Licht-, Wärme- und sonstige physikalische Behandlungen.

Zu Hilfsmitteln gehören z. B. Hörgeräte, Krankenfahrstühle, Bandagen, orthopädische Schuhe, Einlagen und Kompressionsstrümpfe.

Wir erstatten auch die Kosten für die Reparatur und Wartung des Hilfsmittels sowie die Kosten für Ihre notwendige Unterweisung in dem Hilfsmittelgebrauch.

Nicht versichert sind Kosten für:

- den Gebrauch des Hilfsmittels (z. B. Batterien).
- Hilfsmittel, zu deren Erstattung die soziale oder private Pflegeversicherung dem Grunde nach verpflichtet ist.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

l) Zahnprophylaxe

Wir erstatten anfallende Kosten für Zahnprophylaxe (einschließlich professioneller Zahnreinigung und Fissurenversiegelung).

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

m) Zahnbehandlung

Wir erstatten anfallende Kosten für medizinisch notwendige Wurzel- und Parodontosebehandlung (einschließlich Wurzelspitzenresektion, Weichgewebsmaßnahmen, Behandlung knöcherner parodontaler Defekte, Untersuchungen zum Nachweis paropathogener Keime, Dentallasern).

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

n) Zahnaufhellende Maßnahmen

Wir erstatten anfallende Kosten für zahnaufhellende Maßnahmen (z. B. Bleaching), welche in einer zahnärztlichen Praxis stattfinden bzw. zahnärztlich begleitet und überwacht werden.

Mögliche Vorleistungen (siehe Punkt 3.2) werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).

3.2 Welche Voraussetzungen müssen erfüllt sein?

Gibt es andere Kostenträger (Vorleistungen)?

Leistungen, die ein anderer Kostenträger erbringt, z. B. die GKV oder ein anderer Erstattungsverpflichteter, sind Vorleistungen. Bitte nehmen Sie zuerst diese in Anspruch, damit Sie insgesamt eine höchstmögliche Erstattung, maximal bis zum vollen Rechnungsbetrag, erreichen. Sie werden bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs berücksichtigt (siehe Punkt 4.2).



Welche in Rechnung gestellten Beträge sind erstattungsfähig?

Die für Sie entstandenen Kosten sind nur erstattungsfähig, wenn sie nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) bzw. Ärzte (GOÄ) bzw. dem Gebührenverzeichnis für Heilpraktiker (GebÜH) berechnet wurden. Bei osteopathischen Leistungen finden die entsprechenden Abrechnungsvorschriften Anwendung.

Nach GOZ bzw. GOÄ abgerechnete Kosten erstatten wir auch über die Höchstsätze der jeweiligen Gebührenordnung hinaus. Aufwendungen, die nach GebÜH berechnet werden, erstatten wir bis zum Höchstsatz.

Dies gilt im Hinblick auf die Höhe der Leistungen auch für Behandlungen im Ausland. Das bedeutet, dass wir höchstens die Aufwendungen erstatten, die bei einer Behandlung in Deutschland entstanden wären. Die in ausländischer Währung entstandenen Kosten rechnen wir zum Kurs des Tages, an dem die Belege bei uns eingehen, in Euro um.

3.3 Von wem dürfen Sie sich behandeln lassen?

Sie können unter den niedergelassenen, in Krankenhausambulanzen oder medizinischen Versorgungszentren tätigen approbierten Ärzten, Zahnärzten und Heilpraktikern frei wählen. Osteopathische Leistungen (siehe Punkt 3.1.f) müssen von einem zur osteopathischen Leistungserbringung berechtigten Arzt, einem Physiotherapeuten oder einem sonstigen Leistungserbringer durchgeführt werden, der Mitglied eines Berufsverbands der Osteopathen ist oder eine osteopathische Ausbildung absolviert hat, die zum Beitritt in einen Verband der Osteopathen berechtigt.

4. Wann leisten wir nicht oder nur eingeschränkt?

4.1 Wir leisten nicht für

- alle bei Vertragsabschluss bereits begonnenen oder ärztlich angeratenen Behandlungen
- Krankheiten und Unfälle, die von der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt worden sind, einschließlich deren Folgen
- Behandlungen durch Ehepartner, Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, Eltern oder Kinder. Dies gilt nicht für nachgewiesene Sachkosten.
- eine Seehilfe, die nicht zum Ausgleich Ihrer Fehlsichtigkeit dient
- für Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel ohne entsprechende Verordnung (Rezept)
- Behandlungen durch Ärzte, Heilpraktiker oder andere Leistungserbringer, deren Rechnungen wir aus wichtigem Grund von der Erstattung ausgeschlossen haben. Das gilt aber nur dann, wenn der Versicherungsfall eintritt, nachdem wir Sie über diesen Leistungsausschluss benachrichtigt haben. Wenn im Zeitpunkt der Benachrichtigung eine Behandlung läuft, leisten wir nur für Aufwendungen, die vor der Benachrichtigung und innerhalb von 3 Monaten nach der Benachrichtigung entstehen.

4.2 In folgenden Fällen leisten wir nur eingeschränkt

- Wir können unsere Erstattung auf einen angemessenen Betrag herabsetzen, falls mehr oder umfangreichere Leistungen als medizinisch notwendig erbracht werden. Dasselbe gilt, wenn die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen unangemessen hoch im Verhältnis zu den erbrachten Leistungen sind.
- Die Gesamterstattung darf Ihre Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.
Das gilt insbesondere dann, wenn Sie Anspruch auf Leistungen gegenüber anderen Kostenträgern z. B. aus der GKV, der gesetzlichen Unfall- und/oder Rentenversicherung und/oder von anderen Erstattungsverpflichteten haben.

5. Was ist im Versicherungsfall zu beachten?

Wir sind zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von uns geforderten und erforderlichen Nachweise erbracht sind. Die Rechnungen müssen den Vorgaben der GOÄ, GOZ bzw. des GebÜH entsprechen und insbesondere folgende Angaben enthalten: Namen der behandelten Person, Art der Leistungen sowie das jeweilige Behandlungsdatum. Wenn eine Vorleistung erfolgt ist, müssen die Belege zudem den Erstattungsvermerk der GKV oder eines anderen Kostenträgers enthalten.

Wir sind verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn Sie uns in Textform diese versicherte Person als Empfangsberechtigten für deren Versicherungsleistungen benannt haben. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, können nur Sie die Leistung an sich selbst nur für die versicherte Person verlangen.

6. Wann beginnt der Versicherungsschutz und wann endet er?

Ihr Versicherungsschutz besteht, sobald der Vertrag zustande gekommen ist, frühestens jedoch zu dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn.

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht. Eine Besonderheit gilt für Versicherungsfälle, die in dem Zeitraum nach Abschluss des Versicherungsvertrags, aber vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn eintreten. Hier leisten wir nur für diejenigen Aufwendungen, die ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn angefallen sind.

Der Versicherungsschutz endet, auch für laufende Behandlungen, mit Beendigung des Versicherungsvertrages.

7. Sind Wartezeiten zu beachten?

Wir verzichten auf Wartezeiten. Sie haben also Versicherungsschutz ab Beginn (siehe Punkt 6).

8. Was gilt für die Versicherungsbeiträge?

Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Die Monatsbeiträge sind am 1. eines jeden Monats im Voraus fällig. Die Höhe des Beitrags ist nach 3 Altersstufen (Tarifstufen) bemessen:

- von 0 bis 15 Jahre,
- von 16 bis 50 Jahre sowie
- ab 51 Jahren.

Zu Beginn der Versicherung müssen Sie zunächst den Beitrag zahlen, der dem Eintrittsalter der versicherten Person entspricht. Als Eintrittsalter gilt die Anzahl der bei Versicherungsbeginn (siehe Punkt 6) vollendeten Lebensjahre. Ein Lebensjahr gilt zum Ende des Geburtsmonats als vollendet.

Sobald die versicherte Person das 16. bzw. 51. Lebensjahr vollendet, gilt der Beitrag der nächsthöheren Altersgruppe. Dieser Beitrag ist ab dem darauffolgenden Monat zur Zahlung fällig. Sie erhalten eine gesonderte Information über die Beitragsänderung.

9. Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten?

Der zu zahlende Beitrag ergibt sich aus dem Versicherungsschein bzw. aus dem jeweils letzten Nachtrag zum Versicherungsschein. Er ist am 1. eines jeden Monats im Voraus fällig.

Der erste Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins, jedoch nicht vor dem Tag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns zu zahlen. Solange Sie ihn schuldhaft nicht zahlen, besteht kein Versicherungsschutz. Zudem können wir vom Vertrag zurücktreten (siehe § 37 Versicherungsvertragsgesetz (VVG)).

Die nicht rechtzeitige Zahlung der Folgebeiträge kann zum Verlust des Versicherungsschutzes und zur Kündigung des Vertrags führen (siehe § 38 VVG).

Der Beitrag ist rechtzeitig gezahlt, wenn er bei Fälligkeit auf unser Konto rechtzeitig überwiesen wurde.

Wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, zahlen Sie rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zum Fälligkeitstag abbuchen können und Sie der Abbuchung nicht widersprechen. Können wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht abbuchen, erhalten Sie von uns in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) eine Zahlungsaufforderung. Wenn Sie dann den Beitrag unverzüglich zahlen, ist die Beitragszahlung noch rechtzeitig.

10. Wann können sich die Versicherungsbeiträge ändern?

10.1 Welche Voraussetzungen gelten für eine Beitragsänderung?

Die Ausgaben für Heilbehandlungsmaßnahmen können sich ändern, z. B. wegen steigender Kosten im Gesundheitswesen oder einer häufigeren Inanspruchnahme von Heilbehandlungsmaßnahmen. Darum vergleichen wir für jede Tarifstufe jährlich die tatsächlich erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen. Ergibt dieser Vergleich für eine Versichertengemeinschaft eine Abweichung von mehr als 10 %, werden alle Beiträge für diese Versichertengemeinschaft von uns überprüft und, wenn notwendig, mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders angepasst (erhöht oder reduziert).

10.2 Wann ändert sich der Beitrag nicht?

Eine Beitragsänderung findet nicht statt, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den unabhängigen Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.

10.3 Wann wird eine Beitragsänderung wirksam?

Die Änderung des Beitrags werden wir Ihnen unter Angabe der maßgeblichen Gründe in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) mitteilen. Die Änderung wird zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf unsere Mitteilung folgt. Im Fall einer Beitragserhöhung haben Sie das Recht, das Versicherungsverhältnis der hiervon betroffenen Person zu kündigen (siehe auch Punkt 15).



11. Wann können wir diese Allgemeinen Versicherungsbedingungen ändern?

Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen können sich dauerhaft ändern - z. B. durch Gesetze.

Die Änderungen können ein solches Ausmaß annehmen, dass es zur Wahrung der Interessen der Versicherungsnehmer erforderlich ist, die AVB entsprechend anzupassen. Diese Anpassungen werden aber nur dann wirksam, wenn zuvor ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen überprüft und die Angemessenheit bestätigt hat (siehe § 203 Abs. 3 VVG).

Wir teilen Ihnen die Anpassungen und die Gründe hierfür mit. Die Anpassungen werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf die Mitteilung folgt (siehe § 203 Abs. 5 VVG).

Durch höchstrichterliche Entscheidungen oder bestandskräftige Verwaltungsakte, insbesondere der Aufsichts- und Kartellbehörden, können AVB-Regelungen wider Erwarten für unwirksam erklärt werden. In diesen Fällen können wir die Regelung durch eine neue ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Versicherungsvertrags notwendig ist. Das ist auch möglich, wenn eine Fortsetzung des Vertrags ohne die neue Regelung für eine der Vertragsparteien nicht zumutbar wäre. Die neue Regelung muss unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigen. Sie wird 2 Wochen, nachdem wir Sie über die Änderung und die hierfür maßgeblichen Gründe informiert haben, wirksam.

12. Welche Obliegenheiten (Pflichten) haben Sie und die versicherten Personen?

Zur Prüfung der Leistungspflicht und des Leistungsumfangs benötigen wir von Ihnen bzw. der versicherten Person ggf. Auskünfte. Sie bzw. die versicherte Person sind verpflichtet, uns die erforderlichen Auskünfte und Belege zu geben.

Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung der Kosten zu sorgen. Sie muss alles unterlassen, was der Genesung entgegensteht.

13. Was geschieht, wenn diese Obliegenheiten (Pflichten) verletzt werden?

Sie erhalten keine Leistungen, wenn eine der genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt wird. Wenn eine Obliegenheit grob fahrlässig (z. B. in besonders hohem Maße) verletzt wird, können wir unsere Leistungen kürzen. Die Kürzung erfolgt entsprechend der Schwere des Verschuldens. Bei der Verletzung von Auskunfts- und Untersuchungspflichten können wir nur kürzen, wenn wir Sie hierauf in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) gesondert hingewiesen haben. Sie erhalten jedoch dann Leistungen, wenn die Verletzung der Obliegenheit keinen Einfluss auf unsere Leistungspflicht hat. Dies gilt nicht, wenn Sie uns arglistig (z. B. durch eine falsche Auskunft) täuschen.

Wir rechnen Ihnen die Kenntnis und das Verhalten der versicherten Person zu.

14. Wie lange läuft der Versicherungsvertrag?

Der Versicherungsvertrag hat keine feste Vertragslaufzeit. Er wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.

15. Wann können Sie den Vertrag kündigen?

Sie können erstmals zum Ende eines jeden Versicherungsjahres (Kalenderjahr), frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu 2 Jahren, mit einer Frist von 3 Monaten kündigen.

Die Kündigung ist auf einzelne versicherte Personen beschränkt. Versicherte Personen sind bei Kündigung ihres Versicherungsverhältnisses durch Sie oder bei Ihrem Ableben berechtigt, die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses zu erklären und den künftigen Versicherungsnehmer zu benennen. Diese Erklärung ist innerhalb von 2 Monaten ab dem Zeitpunkt abzugeben, in dem die versicherte Person Kenntnis von ihrem Recht erlangt.

Kündigung aufgrund einer Beitragserhöhung

Bei einer Beitragserhöhung können Sie die Versicherung für die hiervon betroffene Person kündigen. Das gleiche Recht haben Sie, wenn sich die Leistungen vermindern. Die Kündigung wird zum Zeitpunkt der Beitragserhöhung oder Leistungsverminderung wirksam.

Folgende Fristen sind zu beachten: Erhöhen sich die Beiträge aufgrund eines Wechsels der Altersgruppe (siehe Punkt 8), können Sie innerhalb von 2 Monaten nach der Änderung kündigen. Erhöhen sich die Beiträge aufgrund einer Beitragsanpassung (siehe Punkt 10), können Sie innerhalb von 2 Monaten nach unserer Mitteilung über die Erhöhung kündigen. Dies gilt auch, wenn sich die Leistungen wegen einer Änderung der AVB vermindern sollten (siehe Punkt 11).

Wie muss die Kündigung erklärt werden?

Die Kündigung ist nur und erst dann wirksam, wenn sie uns in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) zugeht. Kündigen Sie das Versicherungsverhältnis für eine versicherte Person, wird die Kündigung nur und erst dann wirksam, wenn die versicherte Person Kenntnis von der Kündigungserklärung erlangt hat.

16. Wann können wir den Vertrag kündigen?

Wir können den Versicherungsvertrag ganz oder teilweise nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen aus einem wichtigen Grund kündigen. Diese Möglichkeit haben wir z. B. dann, wenn Sie die Beiträge nicht rechtzeitig zahlen (siehe Punkt 9). Auf weitere Kündigungsmöglichkeiten - unser ordentliches Kündigungsrecht - verzichten wir.

Kündigen wir den Versicherungsvertrag wirksam wegen nicht rechtzeitiger Beitragszahlung, kann die versicherte Person die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses erklären und den künftigen Versicherungsnehmer benennen. Wir informieren die versicherte Person in Textform über die Kündigung des Vertrags und das Recht der Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses. Dieses Recht endet 2 Monate, nachdem die versicherte Person davon Kenntnis erlangt hat.

17. Aus welchen anderen Gründen kann der Vertrag enden?

Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort in einen anderen Staat, der nicht

- zu den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union oder
- zu den übrigen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) gehört oder
- in die Schweiz,

endet das Versicherungsverhältnis für die betroffene versicherte Person. Stirbt eine versicherte Person oder endet für die versicherte Person die Versicherung in der deutschen GKV, endet für diese Person auch die Versicherung.

Der Versicherungsvertrag endet spätestens mit Ihrem Ableben. Die versicherten Personen können ihre Versicherungsverhältnisse fortführen. Die Erklärung zur Fortführung muss innerhalb von 2 Monaten ab dem Zeitpunkt erfolgen, in dem die versicherte Person Kenntnis von ihrem Recht erlangt hat.

18. Was gilt für Mitteilungen an uns?

Willenserklärungen und Mitteilungen müssen Sie uns in Textform (z. B. Brief oder E-Mail) übermitteln. Nur dann werden sie wirksam.

19. Wo können Sie sich beschweren? Welche Aufsichtsbehörde ist zuständig?

Bitte richten Sie bei Unstimmigkeiten Ihre Beschwerden vorrangig an uns oder an den betreuenden Vermittler. Darüber hinaus haben Sie das Recht, das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren durch den Ombudsmann für die private Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen.

Den Ombudsmann erreichen Sie per

- Telefon: 0800 2 550444 (kostenfrei)
- Fax: 030 20458931
- Post: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
- Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Sie haben zudem die Möglichkeit, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Postfach 12 53, 53002 Bonn

20. Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

Meinungsverschiedenheiten können ggf. auch eine gerichtliche Klärung erfordern. Klagen gegen uns können Sie bei dem Gericht an Ihrem Wohnsitz oder an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort oder bei dem Gericht an unserem Sitz in Nürnberg einreichen.

Für unsere Klagen gegen Sie ist das Gericht an Ihrem ständigen Wohnsitz zuständig. Haben Sie keinen ständigen Wohnsitz, können wir unsere Klagen an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort einreichen.

Verlegen Sie nach Vertragsabschluss Ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort ins Ausland, ist das Gericht an unserem Sitz in Nürnberg zuständig. Dies gilt auch, wenn uns Ihr Wohnsitz bzw. gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt ist.